

**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação

Ana Maria de Carvalho Gomes

**Acordes Saudáveis.  
Musicoterapia e educação para a saúde**



**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação

Ana Maria de Carvalho Gomes

**Acordes Saudáveis.**  
**Musicoterapia e educação para a saúde**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado em Ciências da Educação  
Área de Especialização em Educação para a Saúde

Trabalho realizado sob a orientação do  
**Professor Doutor Almerindo Janela Afonso**

Julho de 2011

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, ao Professor Almerindo Janela Afonso porque, para além de me orientar nesta dissertação, teve toda a sua disponibilidade e interesse, que me auxiliaram grandemente em opções profissionais futuras. A minha gratidão por acreditar em mim e fazer-me acreditar neste projecto de investigação. Agradeço ainda à Professora Clara Costa Oliveira, pela força que me deu desde o início do meu percurso no Mestrado em Educação para a Saúde.

Aos meus pais e irmão, que sempre me apoiaram e me deram confiança e coragem para prosseguir.

Ao meu avô, por me ter demonstrado que através da prática musical é possível aprender e superar obstáculos aparentemente inabaláveis.

Ao Ricardo, por me ter escutado neste trajecto.

Ao grupo de grandes amigas, muito especiais, que encontrei neste Mestrado, deixo gratidão pela força e confiança.

Um agradecimento especial também aos musicoterapeutas e a todos aqueles que frequentam sessões de musicoterapia que se disponibilizaram para me ajudar neste estudo. Sem eles, este trabalho nunca seria possível.

Um Bem-haja a todos!

## RESUMO

Esta dissertação, com uma natureza claramente exploratória, apresenta-se como uma reflexão teórica e empírica acerca das práticas de musicoterapia enquanto processo de educação para a saúde. Inicialmente pode encontrar-se uma breve contextualização histórica que considerámos indispensável para a compreensão do surgimento da musicoterapia enquanto objecto de estudo e enquanto prática de saúde e educação. Mais especificamente procuramos dar a conhecer de que forma a música foi utilizada pela medicina desde os primórdios da humanidade, quando e como se tornou uma prática terapêutica de habilitação ou reabilitação, e qual o lugar da música no campo da educação, enquanto promotora da inclusão e participação humanas. Seguidamente, apresentam-se algumas concepções, valências e teorias da musicoterapia. Para além disto, consideramos ainda premente salientar os mecanismos neurológicos e dar ênfase ao papel do cérebro e estruturas nervosas quanto à recepção, assimilação e posteriores respostas biológicas, psico-sociais e espirituais através da musicoterapia no ser humano portador de distintas necessidades. Considerando conceitos como a autopoiesis, salientamos as suas relações possíveis com o trabalho musicoterápico educacional, que pode potenciar o desenvolvimento de novas estruturas e modelações necessárias ao pleno crescimento individual e colectivo. A educação para a saúde surge aqui implicada num sentido de educação permanente ou ao longo da vida, alargando-se a todos os campos de desenvolvimento, capacitação, auto-conhecimento e conhecimento do mundo. Finalmente, a nossa abordagem empírica incide em relatos de musicoterapeutas e de sujeitos participantes de actividades de musicoterapia, tendo em conta, sobretudo, as suas percepções e opiniões acerca das virtualidades e potencialidades e do papel (educativo e de desenvolvimento global) que a musicoterapia pode ter nas suas vidas pessoais e profissionais.

## ABSTRACT

This dissertation, with a clearly exploratory nature, presents itself as a theoretical and empirical reflection on the practices of music therapy as a process of health education. Initially you may find a brief historical background that we consider essential to understanding the emergence of music therapy as an object of study and practice like health and education. More specifically we seek to make known how the music was used in medicine since the dawn of humanity, when and how it become a practical therapy, to habilitation and rehabilitation, and what the place of music in education, while promoting inclusion and human participation. Next, we present some concepts, and theories of music therapy components. In addition, we consider further highlight the neurological mechanisms and emphasize the role of the brain and nervous structures and the reception, assimilation and subsequent biological responses, psychosocial and spiritual through music therapy in patients with different needs. Considering concepts such as autopoiesis, highlight its possible relationships with the music therapy work in education that can enhance the development of new structuring and modelling necessary for the full individual and collective growth. The health education involved here arises a sense of adult education or lifelong, extending to all fields of development, training, self-knowledge and knowledge of the world. Finally, our approach focuses on empirical reports of music therapists and individuals participating in activities of music therapy, taking into account, above all, their perceptions and opinions about the virtues and potential role (in education and overall development) that music therapy can have on their personal and professional lives.

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS .....	I
Acordes Saudáveis: Musicoterapia e Educação para a Saúde .....	II
RESUMO .....	II
ABSTRACT .....	III
LISTA DE QUADROS .....	VI
INTRODUÇÃO .....	7
1. HISTÓRIA DA MEDICINA, DA MUSICOTERAPIA E DA EDUCAÇÃO – CONCEPÇÕES DE MUSICOTERAPIA .....	10
1.1. História da Medicina .....	10
1.2. História da Musicoterapia – Concepções e Fundamentos da terapêutica Musical .....	20
1.2.1. História da Musicoterapia .....	20
1.2.2. Concepções de Musicoterapia .....	29
1.2.2.1. Música e Musicoterapia .....	29
1.2.2.2. O Musicoterapeuta .....	35
1.2.2.3. Música Curativa .....	40
1.2.2.4. Propriedades Terapêuticas da Música .....	42
1.2.2.5. Objectivos da Musicoterapia .....	46
1.3. História da Educação .....	49
2. NEUROLOGIA MUSICOTERÁPICA .....	60
2.1. Neurologia – Como se Passa o Processo de Recepção da Música pelo Corpo .....	60
2.2. A Imagética Musical .....	73
2.3. Teoria da Autopoiesis, Auto-organização e Holismo .....	76
3. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE É EDUCAR AO LONGO DA VIDA .....	94
3.1. Educação, Educação para a Saúde e <i>Empowerment</i> .....	94
3.1.1. Modelos de Capacitação e <i>Empowerment</i> .....	106
3.2. Musicoterapia como Prática de Educação para a Saúde .....	111
4. PARTE EMPÍRICA .....	126
4.1. Algumas Reflexões Metodológicas .....	126
4.1.1. Métodos Quantitativos de Recolha dos Dados .....	128
4.1.2. O pré-teste .....	129

4.1.3. Vantagens e Desvantagens das Opções Metodológicas .....	130
4.1.4. Constrangimentos da Investigação .....	132
4.2. Apresentação e Análise dos Dados Obtidos com os Musicoterapeutas.....	133
4.2.1. Análise dos Dados Obtidos com os Musicoterapeutas.....	136
4.3. Apresentação dos Dados Obtidos com Sujeitos em Musicoterapia.....	151
4.3.1. Análise dos Dados Obtidos com Sujeitos em Musicoterapia - Interface com os Dados Obtidos com Musicoterapeutas.....	154
4.3.2. Apresentação e Análise dos Dados Obtidos através de Entrevista a um Sujeito em Musicoterapia .....	163
4.4. Representação dos Dados Obtidos na pesquisa com Musicoterapeutas e Sujeitos em Musicoterapia.....	167
CONCLUSÃO .....	168
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	170
SITES CONSULTADOS.....	178
ANEXOS .....	179
ANEXO I - QUESTIONÁRIO PARA MUSICOTERAPEUTAS .....	180
ANEXO II - QUESTIONÁRIO PARA SUJEITOS EM MUSICOTERAPIA.....	191
ANEXO III - GUIÃO DA ENTREVISTA .....	195



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dados obtidos com os musicoterapeutas.....	134
Quadro 2 – Dados obtidos com sujeitos em musicoterapia.....	152

## INTRODUÇÃO

Com a elaboração desta dissertação, subordinada à problemática mais vasta da musicoterapia enquanto processo de educação para a saúde, procurámos analisar a influência da musicoterapia no ser humano. Pretendemos fazer uma incursão exploratória sobre um objecto insuficientemente conhecido para nós, enquanto investigadores, mas que tem vindo a ganhar crescente centralidade, no campo terapêutico mas também no campo da educação para a saúde. Acima de tudo procuramos analisar as potencialidades e características da musicoterapia no sentido da sua aplicação quer na saúde, quer na educação, como auxiliar de um percurso de vida e de desenvolvimento pessoal. Mais precisamente, tivemos por objectivo com a elaboração desta pesquisa, compreender a real influência e importância da prática da musicoterapia na promoção do desenvolvimento integral dos indivíduos, potenciando mudanças positivas que conduzem ao desenvolvimento educativo e salutogénico dos mesmos. Por isso, foi importante tentar caracterizar esta prática de saúde e de educação para a saúde, recorrendo à contribuição de diversos autores e reflectindo acerca da evolução da terapêutica pela música. Iniciamos pela evolução histórica das principais áreas envolvidas nesta análise, procurando ainda perceber as concepções actuais sobre musicoterapia. A compreensão de algumas das bases neurofisiológicas presentes neste processo musicoterápico e de promoção da saúde foi também importante.

Na medida desta investigação a problemática por nós proposta foi abordar a musicoterapia como prática curativa e de reabilitação, enquanto processo de educação para a saúde. Com efeito, compreende-se a real necessidade de perceber a musicoterapia como uma terapêutica de saúde e de promoção de educação, no seu sentido mais amplo do tema. Procuramos depreender as potencialidades que favorecem o indivíduo na compreensão de si mesmo, dentro de uma concepção holista. Assim, tentamos entender como a musicoterapia pode ser curativa, e como esta terapêutica pode ser um auxiliar para indivíduos portadores de distintas patologias que implicam a dor crónica. Procuramos também compreender as potencialidades inerentes a esta prática terapêutica que diz respeito à educação para a saúde em situações de reabilitação ou de cuidados de saúde permanentes.

Desta forma, as questões que considerámos fulcrais a serem melhor compreendidas nesta dissertação são: Em que medida e em que sentido a musicoterapia se relaciona com os processos de cuidar (*care*)? Em que sentido e em que medida a aplicação de terapêuticas

musicoterápicas contribui para o processo curativo? Que características tem a musicoterapia que justifica o seu uso como dispositivo de promoção da saúde, e também de educação para a saúde, ao longo da vida? Quais os mecanismos neurológicos activados, aquando da execução ou audição musicoterápica, para que, ao ser humano, seja possível o bem-estar, a manutenção da homeostasia natural, ainda que na condição de doente? Que relação pode existir entre bem-estar físico, emocional, psicológico e percepção de saúde através da musicoterapia?

Procuramos, portanto, através da nossa investigação, buscar respostas para estas e outras questões.

Ao serem colocadas tais pendências, também estabelecemos hipóteses iniciais que surgiram da revisão da literatura. Tais hipóteses foram colocadas e posteriormente foram de encontro à percepção de que, efectivamente, a musicoterapia é uma prática que contribui grandemente para a conservação, manutenção e reabilitação da saúde de indivíduos com patologias diversas. O permanente bem-estar promovido pela musicoterapia através das distintas metodologias e componentes da música foi também outra das hipóteses testadas. Outra questão mais precisa que considerámos foi a de, efectivamente, a musicoterapia possuir uma componente curativa e não somente cuidadora. Julgamos ainda pertinente procurar perceber a promoção da regulação homeostática entendendo a musicoterapia como um mecanismo de controlo natural do ser humano.

Ao longo do trabalho, fomos nos apercebendo gradualmente das limitações que, implícita ou explicitamente, estavam implicadas nesta investigação. Uma delas, por exemplo, diz respeito à falta de profissionais de musicoterapia, bem como à ausência de formação profissional superior na área, no nosso país. No referente às dificuldades encontradas é também importante salientar a escassa bibliografia científica adequada ao tema da musicoterapia e disponível em língua portuguesa, o que nos obrigou a outras leituras e outras diligências para ter acesso a textos pertinentes para o nosso estudo.

Após uma revisão da literatura sobre o objecto de estudo, desenhámos uma pesquisa empírica para compreender melhor algumas das dimensões que achámos importantes.

Relativamente à organização e sequência dos capítulos, iniciamos por apresentar o capítulo primeiro intitulado por, “História da medicina, da musicoterapia e da educação – concepções de musicoterapia”. Seguidamente apresentamos o capítulo “Neurologia musicoterápica”. Esta dissertação apresenta um terceiro capítulo intitulado “Educação para a saúde é educar ao longo da vida”. Posteriormente apresentamos ainda um quarto capítulo onde

figura a “Parte empírica”. Antes de terminarmos a presente dissertação apresentamos as conclusões finais, as referências bibliográficas e alguns anexos que consideramos pertinentes a serem analisados pelo leitor.

## 1. HISTÓRIA DA MEDICINA, DA MUSICOTERAPIA E DA EDUCAÇÃO – CONCEPÇÕES DE MUSICOTERAPIA

“É do conhecimento comum que um dos melhores métodos de expor um assunto é o método histórico” (Sousa, 1981: 10).

### 1.1. História da Medicina

A medicina, ao longo da história da humanidade, foi progredindo, de uma ciência voltada para o indivíduo, compreendida particularmente pela arte de curar, para uma ciência da técnica, dentro de uma lógica e consciência científica tecnicista. Assim se compreende que o “caminho da emancipação da arte de curar médica (techne) face a outros modos de crença curativa tornou-a lentamente numa ciência aplicada” (Oliveira, 2008: 4).

Vastos são os vestígios da utilização de inúmeros mecanismos de tentativa de cura desde tempos primitivos. No tempo cronológico designado por pré-história e antes mesmo de se iniciar a história escrita por nós conhecida, existem provas manifestas da existência de cuidados de saúde exercidos por e para os seres humanos. Esta constatação só foi possível, por exemplo, pela análise de fracturas “endireitadas” em esqueletos humanos (cf. Parker, 1990: 10). Pode assim afirmar-se que, desde os seus primórdios, o ser humano sempre procurou rectificar da melhor forma possível as maleitas que invadiam o corpo ou o espírito buscando, como qualquer ser vivo, sempre um estado de maior equilíbrio.

A trepanação é mais um exemplo de uma das terapêuticas vastamente utilizadas desde tempos imemoráveis pelos humanos, prática cirúrgica que, ainda nos nossos dias, mesmo que de forma totalmente distinta, se vem praticando.

Prova disto mesmo é que

“[...]no período neolítico, um dos achados de maior interesse para a Medicina é o dos crânios trepanados que foram primeiro encontrados em França e depois em muitos outros locais da Europa [...] Provavelmente os seus objectivos eram mágicos, isto é, visavam o tratamento de doenças atribuídas à presença no corpo do doente de um «espírito maligno»” (Sousa, 1981: 18).

Esta técnica consistia em fazer um orifício no crânio que, supostamente, permitia a saída do demónio – possivelmente as doenças de natureza psiquiátrica. Outras operações

cirúrgicas, como intervenções do foro ortopédico, também eram realizadas nestes tempos primordiais.

Para além destas operações, o ser humano procurava, através de distintas práticas e descobertas, a solução para as diversas disposições anormais do seu corpo. O recurso à Natureza desde logo se tornou substancial. Por conseguinte percebe-se que os primórdios da prática médica são historicamente desconhecidos pois, daquilo que hoje sabemos, já na idade da pedra o ser humano se encontrava conhecedor de plantas medicinais e formas cirúrgicas (cf. Parker, 1995: 8).

Avançando no tempo histórico anteriormente referido, e mediante os relatos mais presentes acerca de práticas médicas, sabemos que a medicina foi exercida grandemente e de forma aprofundada pelo povo egípcio. A arte egípcia terá sido “extremamente original e fundamental, sem a qual a História em nada teria contribuído para o estudo da Anatomia” (Pina, 2001: 11). Neste sentido, como refere ainda este último autor

“A medicina egípcia, por mais imperfeita que tivesse sido, tentou admiravelmente domar a inteligência sobre as leis da natureza, merecendo por isso o nosso respeito e acabando por exercer alguma influência sobre a medicina científica” (Pina, 2001: 11).

A medicina primitiva, na sua essência, continua ainda a ser praticada em ritos tribais contudo, a base desta prática é realizada em torno de cerimónias em comunidade que envolvem dramatização, sendo esta mesma utilizada por muitos psiquiatras para o tratamento de determinadas patologias neuróticas (cf. Tubiana, 1995: 27).

Fazendo ainda referência à era pré-cristã, deve citar-se a construção médica indiana.

“O sistema de medicina indiano, o *Ayurveda*, que significa “conhecimento de vida”, começou há cerca de 2400 anos e alcançou a sua presente forma em 500 d.C. [...] Na medicina aiurvédica, a doença é vista como o desequilíbrio dos três principais humores do corpo – bilis, fleuma e vento” (Parker, 1995: 14)

concepção que se vem prolongando ao longo do tempo, atravessando distintas consciências e culturas. A noção de desequilíbrio, aquando da doença, é premente e é desde sempre um foco de análise. É na cultura indiana que podemos, ainda hoje, encontrar os livros sagrados, os Vedas e onde se podem perceber as bases da medicina indiana, que se referem grandemente ao facto de não se poder nunca desagregar a alma do corpo, por pertencer tudo a uma mesma natureza (cf. Sournia, 1995: 130). Assim percebemos a “inseparabilidade” entre a alma e o corpo, ou de forma mais perceptível para a nossa compreensão cultural, pensamos que não se pode separar a mente do corpo, o psicológico do corpóreo e analisar alguma patologia de forma separada.

Essencialmente deve entender-se o ser humano enquanto ente integral e, portanto, qualquer que seja a patologia, ela deve ser interpretada em consideração com a integralidade da pessoa em causa. Esta percepção vem, desde logo, traduzir uma noção holista de ser humano, ser completo e que deve ser entendido e por isso tratado de forma integral e não compartimentada.

Prosseguimos agora cronologicamente e estagnamos numa das culturas mais ricas e plenas de desenvolvimento do passado humano, a Antiguidade Clássica, geograficamente situada na Grécia. Sabemos que a sacralidade na Grécia antiga era entendida de forma muito própria pela existência de um culto politeísta, onde em cada Deus do Olimpo se podia encontrar o recurso para os problemas dos comuns mortais que, em troca das graças concedidas, ofertavam sacrifícios e preces inúmeras.

Nesta cultura proclamava-se que “o deus Apolo matou uma cobra venenosa, um símbolo de doença. Com este acto, Apolo tornou-se conhecido como o deus da saúde” (Cartwright & Biddiss, 2003: 24)<sup>1</sup>. Mas para além de Apolo, e compreendendo neste o dom da saúde mas também o dom da música, muitos outros deuses proferiam significado no campo da cura e do tratamento de diferentes malignidades. É assim que cerca de mil anos antes de Cristo era prática a devoção a Asclépio, que curava durante o sono (cf. Centeno & Faria, 1964: 16), culto este que foi levado através de gerações até ao Império Romano.

Importa salientar que

“Os gregos iniciaram a «abordagem científica». Pitágoras é o pai da matemática, mas também fundou um sistema de medicina. Os seus pupilos enunciaram a doutrina dos quatro elementos – terra, ar, fogo e água – e produziram teorias da respiração, visão, audição e funcionamento do cérebro” (Cartwright & Biddiss, 2003: 25).

Abordando, ainda que ligeiramente a nossa temática central, julgamos ser pertinente afirmar que, tal como a produção musical, a medicina apresenta-se na *Iliada* de Úlmero como uma arte puramente natural, desconstruindo a percepção mágico-divinatória presente na cultura helénica (cf. Sousa, 1981: 28).

O que conferia vasta autenticidade às práticas sociais gregas era a presença de uma enorme vontade de descobrir. Podemos salientar que, graças às grandes mentes gregas, hoje possuímos conhecimentos imensos nas mais diversas áreas e, no nosso entender, devemos aos pedagogos e filósofos de então o nascimento de uma cultura em que o conhecimento não se resume a si mesmo mas também àquilo que sempre fica por conhecer. Assim, a invenção e o

---

<sup>1</sup> “El hecho de que Apolo presidiera la música y la medicina acaso sea un símbolo de la interrelación de ambas disciplinas” (Alvin, 1997: 52).

achado, implicados em qualquer criação filosófica, exigia o estudo isento e investigativo. Por este motivo é que na época ao “lado da medicina religiosa e independente dela, havia [...] uma medicina laica, exercida por autênticos profissionais” (Sousa, 1981: 35).

A figura principal na história da medicina é Hipócrates, que viveu num contexto histórico situado em torno de 400 anos a.C.. Hipócrates de Cós considerava que o próprio corpo humano possuía fantásticas aptidões de auto-cura em patologias pouco graves (cf. Parker, 1990: 15) o que hoje reconhecemos como a capacidade homeostática presente em todos os organismos vivos salutareis. Mas deve considerar-se que, tal como vimos inicialmente, “os gregos viviam, adoeciam e tratavam-se muito antes do lendário Hipócrates; infelizmente os seus predecessores não deixaram vestígios” (Sournia, 1995: 41). Neste sentido e com humildade compreendendo a imensidão do ser humano o próprio Hipócrates reconhecia-se como ser de saber limitado, considerando que nem uma vida bastaria para aprender toda a arte médica (cf. Sousa, 1981: 56).

Anos mais tarde, mais concretamente nos primeiros séculos da era cristã, surgem com Galeno algumas terapêuticas que foram utilizadas pelos tempos até à era moderna. “Como Galeno aconselhava a sangria para todos os casos de pletora para desviar a matéria doente e transvasá-la de um órgão para o outro, a medicina levou séculos de lanceta em punho a sangrar a humanidade” (Centeno, & Faria, 1964: 36) o que, actualmente, é uma prática impensável para tais finalidades. Contudo, foi com Galeno que os estudos anatómicos, depois dos egípcios, tiveram algum significado apesar de ainda fragilizados. No tempo deste especialista os estudos anatómicos em cadáveres eram proibidos portanto, Galeno utilizou para seus estudos animais tais como porcos e macacos, o que explica a razão de muitos erros da época (cf. Centeno & Faria, 1964: 23). Contudo, pode afirmar-se que, a concepção de disfunção ou seja, de desequilíbrio e a necessidade de equilíbrio no organismo humano, permanece com Galeno. Para este médico as alterações funcionais do corpo humano, resultantes de algum tipo de patologia, levavam a uma alteração da resposta do organismo procurando o equilíbrio (cf. Margotta, 1996: 41).

Passamos seguidamente a apresentar algumas das práticas médicas realizáveis no maior império ocidental de todos os tempos, o Império Romano, ao qual foram deixados pelos gregos inúmeros conhecimentos aos mais diversos níveis, partindo da semelhança entre a cultura adoptada.



Nesta época, e no que se refere à utilização da música relativamente às terapêuticas curativas dos romanos, esta era associada ao Deus Apolo. Os romanos tinham um deus “responsável” por cada parte do corpo e por cada patologia. Para que os deuses se sentissem agradados eles eram presenteados com rituais, onde constava frequentemente música (cf. Cartwright & Biddiss, 2003: 26).

Como podemos verificar, o politeísmo grego reinava também em Roma e, da mesma forma, a simbiose entre os deuses e a cura era irrefutável. Entre as curas e cuidados, um composto entre religiosidade e práticas pagas de tratamentos. “A medicina de que os antigos Romanos podiam dispor não era mais do que um misto de medicina empírica e mágica e, ao lado desta, também de medicina sacerdotal” (Sousa, 1981: 88).

Pode considerar-se no entanto que, a nível médico e de saúde pública, em Roma surgiram medidas inovadoras de higienização e saúde em geral para toda a população. Neste sentido os romanos foram propulsores criando hospitais acessíveis a toda a população (cf. Parker, 1990: 13). Na mesma medida Armando Tavares Sousa denota que

“[...] os romanos ultrapassaram todos os povos e deixaram uma marca característica e indelével na história da medicina: as obras de higiene pública – aquedutos, balneários e esgotos” (Sousa, 1981: 92).

Vivemos hoje numa era em que a profissão médica se apresenta como uma, senão a mais conceituada das profissões em saúde. Contudo, na antiga Roma isto não acontecia, de tal forma que, até meados de um século antes de Cristo, os médicos não eram cidadãos romanos, não lhes sendo conferido estatuto de dignidade para tal, eram portanto escravos estrangeiros a serviço de famílias poderosas (cf. Sousa, 1981: 89).

Grandes mudanças culturais e sociais foi sofrendo o Império Romano e, com ele, até aos nossos dias, vimos sentindo estas alterações embargadas na nossa cultura. Em Roma só depois do século IV é que o cristianismo foi adoptado como religião oficial e desde essa altura a medicina foi legada à Igreja, estando na figura do padre também o médico (cf. Cartwright & Biddiss, 2003: 26).

Contudo, e tendo em consideração a importância da formação médica devida, o início do cristianismo na Europa foi marcado pela “organização de um ensino médico, reconhecido oficialmente a partir dos começos da era cristã” (Sousa, 1981: 90).

Nesta ordem, tendo em consideração os escritos já provindos do Antigo Testamento, compreende-se uma interacção entre técnicas de diagnóstico e de terapêutica respectivas da

medicina da época (cf. Almeida, 2001: 89). Nestes tempos primordialmente utilizavam-se cânticos e preces como métodos terapêuticos de tratamento do paciente.

Pode considerar-se que, nesta era, a investigação empírica e fundamentada, incitada pelos gregos durante séculos, dá lugar a curas associadas somente a práticas divinatórias sendo que, toda a doença, era associada à vontade divina (cf. Sournia, 1995: 74). Começa portanto a idade média, tempo de penumbra para a produção científico-cultural, principalmente na Europa.<sup>2</sup>

“[...] as preces, ou as práticas supersticiosas ou mágicas, tomam o lugar das medidas terapêuticas racionais e o cultivo da ciência é contrariado ou, pelo menos, desleixado, como coisa sem interesse nem valor” (Sousa, 1981: 139).

Como temos conhecimento pelo evoluir da nossa própria história dia após dia, compreendemos as limitações implicadas pela religião no que concerne às revelações em torno de investigação científica e assim médica. Salientamos ainda que, actualmente a religião ainda condiciona algumas opções salutogénicas ou patogénicas das pessoas que, pela crença se engajam, muitas vezes conduzindo a complicações futuras arriscando a própria vida e a dos seus entes. Neste sentido existiu na idade média uma intransigência da igreja que até aos nossos dias persiste.<sup>3</sup>

Caminhando, ainda que de forma sucinta pela história da medicina, podemos encontrar de seguida uma postura que, no nosso entender pode ser considerada uma percepção holista de ser humano, e assim, uma noção da exigência da prática médica, tendo em conta uma multiplicidade de necessidades e não somente a cura de uma patologia concreta. Neste sentido segundo Pereira Almeida, no século VI e VII a medicina é entendida dentro de uma lógica de saúde total que deve passar, para além do tratamento de doenças, pela existência de condições de vida seriamente qualitativas (cf. Almeida, 2001: 89) tendo em consideração a necessidade de medidas políticas que contemplem uma saúde pública mínima e organizada.

Algumas das terapêuticas aplicadas na época baseavam-se essencialmente na “trilogia fundamental [que] era constituída pela purga, clister e sangria” (Centeno & Faria, 1964: 35).

---

<sup>2</sup> “Durante esse período, houve poucos progressos em qualquer área do conhecimento a que hoje passamos a chamar ciência – e isso inclui a medicina. Tinham desaparecido os conhecimentos dos Egípcios e dos Gregos e o bem organizado sistema de saúde pública dos Romanos” (Parker, 1990: 16).

<sup>3</sup> “A intolerância religiosa foi o principal estorvo que encontrou, entre nós, o desenvolvimento da medicina, como de resto o de todas as outras ciências” (Lemos, 1991: 297).

Com a proliferação exacerbada do cristianismo na Europa, nada havia a fazer para conseguir concretizar qualquer tipo de produção científica e filosófica pois o questionamento era de tal forma proibido que inquestionável. Contudo sabemos que noutras zonas do globo, no mesmo tempo histórico, outros povos continuavam o seu aprofundamento medicinal, exemplo disto é a Índia (cf. Parker, 1990: 19). Do mesmo modo outras culturas, no que se refere a produção científica médica, proliferaram grandemente e exemplo disto é o conhecimento árabe (cf. Sousa, 1981: 152).

Tempos mais tarde, deu-se o início da prática da medicina separando este campo da Igreja.

“As universidades nascem nos princípios do séc. XIII fruto de um acordo entre o papado e os reis cristãos, para repartir o ensino que interessava a ambos os poderes (tais como a teologia, filosofia, medicina e direito, articulados segundo a concepção católica do mundo e do ser humano) [...] Curiosamente o estudo médico reiniciou-se pelo aspecto mais proibido: o estudo do corpo humano, tendo a anatomia grande desenvolvimento nos séc. XV e XVI” (Teles, 2001: 76).

Neste tempo histórico, por volta do século XIII a escola de Salerno tornou-se reconhecida na Europa pois Frederico II considerou que seria essencial e imprescindível para qualquer praticante de medicina uma formação superior (cf. Margotta, 1996: 55). A partir desta data, inicia-se a real formação e exigência daqueles que deverão tratar de indivíduos doentes. Devemos portanto considerar que, a história da medicina enquanto disciplina e ciência de formação e aplicação científica decorre somente desde de meados do século XIII. Muito se percebe em tempos anteriores mas o reconhecimento e a percepção científica, a credenciação da área e dos seus executores, é algo extremamente recente na história da humanidade. Assim, consideramos que não é de todo plausível perceber o acabamento do conhecimento da área da saúde apesar da posterior explosão de conhecimentos tecnicistas do século XX. O inacabamento é certo e a descoberta permanente e de extrema necessidade.

Consideramos pertinente ainda perceber o contributo deixado pelos Portugueses no mundo da medicina, aquando das conquistas mundiais marítimas. Apreciamos esta como a época de ouro do povo português, que em muito veio contribuir para o desenvolvimento de estudos médicos, quer ao nível da descoberta de novas patologias, quer no que concerne à revelação de novas plantas medicinais curativas, importadas para Portugal e toda a Europa.

Foi assim que na Índia, durante os descobrimentos, os portugueses depararam-se com a enorme sabedoria e com os mecanismos de exportação de ervas medicinais, que os habitantes desta nova terra possuíam (cf. Oliveira, 2001: 33).

A medicina teve, ainda que forçosamente, de acompanhar da forma possível as descobertas portuguesas pelas inúmeras patologias que iam surgindo aos marinheiros subnutridos e desidratados.<sup>4</sup>

Nesta medida pode afirmar-se que, os descobrimentos portugueses foram propulsores da medicina em grande parte do mundo, não somente por importações para Portugal e a restante Europa, mas também na exportação de conhecimento para novos povos.

Um dos maiores médicos portugueses desta época foi Manuel dos Reis Tavares que “viveu entre 1590 e 1686 e foi médico, poeta e músico” (Moreno, 1997: 54).

É por volta do século XVII que “a medicina vai rompendo pouco a pouco os laços com a tradição, abrindo o caminho da observação, da investigação e da experiência, preconizada por Francis Bacon no século XVII” (Centeno & Faria, 1964: 38) e podem percepcionar-se os primeiros raios de luz, provenientes da época renascentista que se afigura.

Neste novo século, com a reforma pombalina redefine-se o ensino superior em Portugal pois percebia-se a necessidade de se atender a uma formação médica adequada (cf. Lemos, 1991: 185). Com esta nova reforma percebe-se portanto que

“[...] a Medicina, para ser fiel à sua missão, tem necessidade do apoio da mentalidade e da cultura em que se encontra, tem necessidade de políticas económicas sábias que pensem uma adequada distribuição dos recursos” (Almeida, 2001: 90)

o que foi tentado pelo Marques de Pombal nesta época.

Assim se compreende a renascença, período em que a produção cultural e científica sai da penumbra e perdura até ao século XVIII.<sup>5</sup>

Com o renascimento a modernidade surge e com ela a medicina moderna que se percebe como o resultado do (re)surgimento do pensamento científico em busca da exploração do mundo (cf. Tubiana, 1995: 65).

---

<sup>4</sup> “A medicina tal como a Farmácia, acompanharam, por motivos óbvios, a expansão Portuguesa no mundo, desde as primeiras viagens de exploração marítima [...] Religiosos, médicos, cirurgiões e boticários, embarcados, foram seguramente, os indutores da medicina Ocidental em Macau, tal como em todo o Oriente” (Oliveira, 2001: 36).

<sup>5</sup> “Gradualmente, do século XV ao século das Luzes, vai-se impondo uma outra maneira de raciocinar, aliando à conceptualização um maior rigor na observação” (Tubiana, 1995: 128).

Tal como na medicina, também as artes, e nelas compreendidas a produção musical e suas inúmeras aplicabilidades se redescobre e produz. De forma coordenada e complementar, nesta época “médicos e outros mecenas ajudam os artistas” (Tubiana, 1995: 71). A analogia entre as distintas áreas de estudo e a sua complexidade concretiza-se com a revelação por parte de grandes nomes da nossa ciência.

“Os inícios da astronomia e da física permitem compreender os da medicina; a vitória retumbante da mecânica, com Newton, no fim do século XVII, afirma a superioridade do método científico e tanto abala a história da medicina como modifica o curso da civilização” (Tubiana, 1995: 66).

Depois de séculos de suposições e falsos palpites conseguiu-se, de forma empírica, compreender o funcionamento de muitas partes do corpo humano.<sup>6</sup>

A evolução é constante e o século das luzes dá lugar à era moderna a qual, mais concretamente, se afirma a partir do século XIX em que a medicina passa a utilizar os conhecimento médicos teóricos e práticos juntamente com a ciência e a tecnologia revelada (cf. Oliveira, 2008: 7). As descobertas começaram a produzir frutos e por isso ainda durante o “século XIX os médicos e cientistas concluíram que os micróbios eram causadores de muitas doenças” (Parker, 1995: 32).<sup>7</sup>

As questões sociais e assim de necessidade de políticas públicas adequadas começaram a fazer todo o sentido percebendo-se portanto que a

“[...] ligação entre pobreza e doença tornou-se gradualmente evidente. O decreto inglês sobre Saúde Pública, de 1848, começou por impor a execução de medidas de saúde, como a limpeza da água e a melhoria das condições sanitárias” (Parker, 1995: 34).

Uma das descobertas e feitos mais reconhecidos do século XIX foi a descoberta da vacinação que, ainda que sob grandes protestos, passou a ser aplicada com sucesso, diminuindo em grande escala o número de afectados por doenças infecciosas (cf. Cartwright & Biddiss, 2003: 93) o que revelou ainda uma medida de saúde pública premente e mantida até aos nossos dias. Mais do que a nível médico, a vacinação implicou a necessidade de mudanças políticas, sociais e culturais.<sup>8</sup> Percebeu-se a urgência da sensibilização em massa, concretizando-

---

<sup>6</sup> “A primeira descoberta da medicina científica foi a da circulação sanguínea por Harvey, em 1626” (Tubiana, 1995: 69) feito este revolucionário na história da ciência médica.

<sup>7</sup> Para além destas descobertas pioneiras ainda na época “a medicina é metodicamente reconstruída. A Igreja é excluída do funcionamento das faculdades e hospitais, doravante toda a gente pode exprimir-se sem temer os interditos religiosos ou dogmáticos” (Tubiana, 1995: 182).

<sup>8</sup> “A vacinação induziu a acção oficial numa série de países, onde pela primeira vez na história os governos se envolveram activamente em tentativas concertadas para erradicar a doença à escala

se para tal práticas de educação para a saúde que vieram sobrepor concepções utilitaristas à liberdade e autonomia individual de cada um, em prol da saúde pública.

Relativamente às questões de saúde pública, nesta época muitos governantes se ministraram de conhecimentos percebendo a necessidade de actuação política. Assim, no século XIX

“Napoleão adquirira um considerável conhecimento das medidas de saúde públicas e compreendia a sua importância. Demonstrou um grande interesse na descoberta da vacinação [no caso contra a febre tifóide], por Edward Jenner. Vacinou o próprio filho quando este tinha oito semanas de vida e encorajou uma campanha para a vacinação de crianças e dos recrutas do exército” (Cartwright & Biddiss, 2003: 109).

Foi ainda durante o século XIX que se deu o surgimento da enfermagem enquanto profissão de especialidade (cf. Parker, 1995: 56) devido, no nosso entender, à necessidade permanente de cuidar de questões associadas à saúde de todos.

Com toda esta evolução constatou-se que se deu uma enorme evolução da medicina mas também de áreas como a pintura, escultura, arquitectura, música e filosofia (cf. Parker, 1990: 20).

Sabemos ainda que, neste tempo histórico “a Revolução Industrial permitiu a produção em série de aparelhos e equipamento médico” (Parker, 1990: 22) e com ela a sistematização de “mecanismos” de cura e tratamento.<sup>9</sup>

Pode afirmar-se concretamente o início do paradigma biomédico a partir do século XX. Este paradigma veio despoletar uma avalanche de conhecimentos, uma produção e execução massificada da própria medicina que, na realidade, não passa de uma ciência humana. Uma exacerbação do paradigma biotécnico, no nosso entender veio trazer grande progressão mas também desumanização ao acto médico, que hoje já se percebe dentro de uma outra lógica humanística. No entanto durante o século XX a música, entre outras terapêuticas alternativas já esquecidas, se dissociaram totalmente da saúde enquanto terapêutica contudo, muitos nunca deixaram de utilizá-la ainda que, com um papel mais distinto do da prática biomédica, legitimada pela medicina.

---

nacional. A liberdade de escolha individual cedida aos interesses da comunidade” (Cartwright & Biddiss, 2003: 97).

<sup>9</sup> “A investigação médica tornou-se mais complexa e dispendiosa. A era do médico solitário e pioneiro, que fazia fabulosas descobertas numa operação cirúrgica realizada em casa, chegava ao fim e tornavam-se mais vulgares as equipas de investigadores, que utilizavam equipamento sofisticado, laboratórios e instalações hospitalares” (Parker, 1990: 30).

Como papel fundamental da medicina ontem, hoje e amanhã, compreendemos que se deve afigurar um processo que permita aproximar-se “de quem tem necessidade, de quem sofre, e cuidar dessa pessoa exactamente e só porque precisa, porque sofre: não está aqui o fundamental da Medicina?” (Almeida, 2001: 92) questiona o autor.

Consideramos portanto pertinente sublinhar a concepção deixada por Armando Tavares Sousa acerca do objecto da medicina, afirmando este autor que

“O verdadeiro objecto da Medicina é o Homem. O Homem na sua totalidade psicofísica, são ou doente, considerado em si mesmo e nas suas relações e interdependência com o mundo físico, biológico e sociológico que o rodeia” (Sousa, 1981: 12).

Uma concepção holista que, no nosso entender, deixou de ser entendida na sua totalidade.

Na actualidade, e indo de encontro a uma concepção prática de educação para a saúde, compreendemos a necessidade da cura mas, acima de tudo, a prevenção das doenças, como objectivo da medicina, o que vem sendo compreendido ao longo da história da humanidade.<sup>10</sup>

Cultural e socialmente deve ter-se em consideração que “males que assolaram o homem civilizado fazem tanto parte da civilização quanto a sua cura e prevenção” (Cartwright & Biddiss, 2003: 9).

Na actualidade, parece-nos pertinente considerar associáveis todas as práticas de promoção de bem-estar e práticas de cuidado e cura do ser humano. E, portanto, o exemplo mais eminente é o de que “actividades criativas como a pintura, a escultura e a música podem ajudar as pessoas” (Parker, 1995: 47) no que concerne à expressão de emoções, sentimentos e formas de ser, indescritíveis através de outras técnicas de comunicação ou terapêuticas.

## **1.2. História da Musicoterapia – Concepções e Fundamentos da terapêutica Musical**

### **1.2.1. História da Musicoterapia**

Nesta análise considera-se a evolução história da música enquanto produção do ser humano em permanente busca da sua (re)construção. Percebemos que a música, enquanto produção natural, vem acompanhando a pessoa humana na sua trajetória existencial. Assim

---

<sup>10</sup> “Curar o mal, atenuar ou suprimir o sofrimento, evitar a morte iminente, tais foram os objectivos que, desde as origens, o homem procurou com o «acto médico». Mais tarde os esforços para evitar ou prevenir a doença e para conservar a saúde, vieram também a integrar-se na Medicina teórica e prática” (Sousa, 1981: 12).

Clotilde Leinig afirma mesmo que a música pode considerar-se tão antiga quanto a existência humana (cf. Leinig, 1977: 13).

De extrema relevância é perceber a musicoterapia de um ponto de vista histórico, juntamente com todas as concepções evolutivas em torno desta terapêutica, pois sabemos que esta prática de saúde vem sendo utilizada pelo Homem como instrumento de expressão, prazer e cura de doenças desde os primórdios das civilizações.

Desta forma, sabemos que, a prática médica desde os seus primórdios se baseava em terapêuticas musicais para a cura de certas doenças, maioritariamente do foro psicológico.

“Coletando dados históricos sobre a música e a medicina, chegamos à conclusão que desde tempos imemoráveis, ambas sempre estiveram estreitamente vinculadas e com frequência até de modo inseparável” (Leinig, 1977: 13).

Para que seja possível compreendermos melhor esta conexão, é perceptível o seu surgimento através da análise dos papiros médicos egípcios por “Nós” analisados, ou então considerando os relatos presentes na Bíblia onde consta a terapêutica musical a que foi submetido o rei Saul por David com sua harpa, para se libertar da depressão e dos ataques de raiva (cf. Leinig, 1977: 13).

Mediante a mitologia grega Apolo era, para além do Deus da Medicina, o Deus da Música. Ao longo da história da humanidade as práticas de cura e a música vêm caminhando intimamente ligados, pois a música era considerada uma destas práticas. Em conformidade com a cultura helénica, Francis Bacon considerou que os autores “fizeram bem unindo a Medicina e a música em Apolo; porque o ofício da medicina nada mais é que afinar a curiosidade, harpa do corpo humano, e levar harmonia” (Bacon, 2002: 65). O equilíbrio entre corpo e mente era e é a pretensão primeira da música, como prática terapêutica de saúde. Apolo era considerado um dos deuses do Olimpo mais conceituados e requisitados pelos comuns mortais pelo facto de pertencer a ele a arte da cura.<sup>11</sup>

Consideramos portanto pertinente atribuir maior relevância, quanto à utilização da música como prática de saúde, aos gregos que foram sem dúvida preconizadores desta terapêutica. Os grandes pensadores da Grécia, os primeiros filósofos, já compreendiam as potencialidades musicais no tratamento de distintas enfermidades. Neste sentido, é que Clotilde Leinig afirma que como

---

<sup>11</sup> De tal forma que “Apolo, pelo ofício que escolheu, se vê sobrecarregado e pouco falta para que fique surdo, tanto é assediado pelas pessoas que lhe pedem oráculos” (Sissa & Detienne, 1991: 101).



“Hipócrates foi chamado o Pai da Medicina, podemos reconhecer em Platão e Aristóteles os precursores da Musicoterapia. Platão recomendava a música para a saúde da mente e do corpo, e para vencer as angústias fóbicas. Aristóteles descrevia seus benéficos efeitos nas emoções incontrolláveis e para provocar a catarse das emoções” (Leinig, 1977: 15).

No concernente às crenças musicoterápicas de Aristóteles, o filósofo acreditava que a música produzida por instrumentos de sopro, como a flauta, suscitava emoções fortes e podia conduzir a um estado de libertação catártico. Nesta medida é ainda interessante salientar que o povo grego tinha por hábito fazer as refeições acompanhado pelo som da citara, para facilitar a digestão. Do mesmo modo, consideravam que a música de tipo eólico e portanto, repetitivo, era terapêutica em perturbações do foro mental (cf. Watson *et al*, 1987: 23) pelo que percebemos hoje o poder hipnótico de uma música com repetições rítmicas e melódicas acentuadas.

Pitágoras desenvolveu a noção de cura através dos intervalos rítmicos da melodia musical considerando que a música continha efectivos poderes curativos quando bem empregue, intitulando esta terapêutica como purificação (cf. Watson *et al*, 1987: 23).

Tal como se vem verificando analogamente com a história da ciência médica, a música é igualmente produzida e utilizada pelo ser humano desde tempos imemorráveis, nos mais distintos sentidos mas particularmente para procurar conforto e cura. A utilização da música para o combate de patologias é milenar (cf. Leinig, 1977:13). O ser humano, como se percebe, procura ser um constante atrator do bem-estar e portanto, desde sempre procura todas as possibilidades ao seu alcance para que o seu conforto holista seja possível.

Na pré-história, a música produzida pelos homens e mulheres de então, era essencialmente uma forma de comunicar uma expressão da comunidade para consigo e com outros seres humanos (cf. Fregtman, 1989: 34), o que se percebe ainda hoje nas sessões de musicoterapia para distintos clientes com diversas patologias inibidoras da comunicação. A vertente comunicacional é no nosso entender uma das mais importantes e capacitantes da musicoterapia pois, indivíduos com doenças como por exemplo o autismo, têm a possibilidade de se expressar através da produção de sons musicais que, nitidamente, demonstram o seu estado de espírito e as suas vontades mais oprimidas. Associamos a nossa forma mais primitiva às necessidades dos nossos dias pois a indigência de comunicar com outros elementos da nossa comunidade ou sociedade é fulcral para a sobrevivência da pessoa humana e, portanto, através da expressão musical, e no caso concreto das frequentes sessões de musicoterapia em grupo, é possível esta expressão e entendimento a formação de acoplamentos identitários e transformações adaptativas a cada passo.

Enquanto expressão humana mais premente hoje e em tempos remotos percebemos a música associada aos ritos religiosos, práticas divinatórias sacrificiais, festas populares e a distinção entre os estilos musicais utilizados para estes fins.<sup>12</sup>

Contudo sabemos que o maior dos males do ser humano sempre foi a impotência perante a morte e, neste sentido, a angústia consciente da incapacidade levou os indivíduos a procurarem explicações e modos de exacerbação e de expressão de sentimentos ao mesmo tempo que se tratavam desta aflição incessante (cf. Leinig, 1977: 13) através da terapêutica musical. Neste sentido, compreende-se desde muito cedo a utilização de musicoterapia para aliviar as crises existenciais e de ansiedade. Nas culturas primitivas a música servia para comunicar com o transcendente, para pedir e manifestar aproximação ao metafísico para a cura do enfermo. “Para se comunicar com esse mundo invisível, eles usavam a música por acreditar em seu poder divino, mágico, misterioso” (Leinig, 1977: 14).

Tal como em distintas áreas científicas, nas quais se inscreve grandemente a medicina, a Grécia foi desde sempre a cultura propulsora da utilização da música com finalidade terapêutica. Grandes nomes da filosofia grega se associam à impulsão da musicoterapia. Os gregos utilizavam a música numa lógica preventiva e curativa, muitos eram os que nesta época a aconselhavam e demonstravam seus enormes benefícios.<sup>13</sup>

Na época o sentido primeiro da música era, acima de tudo, entendido pelo facto de que

“[...] a música restaurava a harmonia tanto por refletir os números do macrocosmos (Pitágoras – ou o “efeito alopático”) quanto por purificar o corpo através de atividade catártica (Aristóteles e o “efeito isopático”)” (Ruud, 1990: 16).

De salientar é o entendimento que, já na época, se fazia preconizar acerca dos benefícios que a musicoterapia traria ao bem-estar do indivíduo de uma forma plena e permanente. Percebia-se a saúde como um estado de equilíbrio entre corpo e mente e a música, encontrava-se aqui, como uma fonte de harmonia máxima em sua natureza (cf. Sousa, 2005: 122).

---

<sup>12</sup> Como exemplo: “feiticeiros e curandeiros da maioria dos povos primitivos acompanhavam as suas actividades de tratamento ou exorcismo com qualquer ambiente musical produzido por guizos, chocalhos, flautas e/ou tambores” (Sousa, 2005: 121).

<sup>13</sup> “Platão recomendava a música para a saúde da mente e do corpo, e para vencer as angústias fóbicas. Aristóteles descrevia seus benéficos efeitos nas emoções incontrolláveis e para provocar a catarse das emoções [...] Esculápio, famoso médico de sua época também prescrevia música para as pessoas com a mente perturbada” (Leinig, 1977: 15).

Apesar da música ser produzida e utilizada para diversos fins pelo ser humano desde tempos remotos, a palavra que passa a identificar a música enquanto tal, surge precisamente com a cultura grega.<sup>14</sup>

Durante o período arcaico, e no que se refere a esta emancipação da música enquanto terapia, sabe-se que por volta do século VII existiu uma escola de música para mulheres, um dos grandes nomes da proliferação musicoterápica da época, ao lado de Pitágoras e outros, foi Safo, uma mulher músico e musicoterapeuta (cf. Borges & Cardoso, 2008: 20). Assim, e apesar de em regimes distintos dos homens, as mulheres da Grécia já se formavam em diversas áreas entre as quais, como é perceptível, a música.

No período Helénico, anos mais tarde, surge aquilo que é no nosso entender o verdadeiro sentido de música enquanto terapia de cuidado e reabilitação para indivíduos portadores de patologias, percepcionando-se neste tempo o sentido educativo e também curativo compreendido na música.

“A partir do Helenismo, os grandes géneros musicais entram em decadência. Afirma-se em contrapartida, o virtuosismo dos cantores e o profissionalismo dos músicos. Procura-se explorar ao máximo o ethos musical. Este pode definir-se como a capacidade intrínseca dos sons para produzir no ouvinte efeitos de ordem afectiva ou psicológica” (Borges & Cardoso, 2008: 25)

que podem capacitar o indivíduo para o bem-estar. Nesta medida é que desde então se vem compreendendo que o “conceito de uma força terapêutica ou “harmonizadora” na música tem prevalecido na estética e educação musical desde a Grécia antiga” (Ruud, 1990: 15).

Denotamos que uma das primeiras noções de musicoterapia encontradas na história da humanidade é referente ao uso desta enquanto mecanismo de fortalecimento da mente, poder profilático da música (cf. Ruud, 1990: 16), que potencia o restabelecimento do equilíbrio natural do organismo humano.

Aristóteles defendia uma concepção holista acerca dos efeitos da musicoterapia no Homem pois, segundo Verdeau-Paillés e outros, a melhor educação é aquela que é conseguida através da música visto que a harmonia e o ritmo conseguem penetrar no mais íntimo do ser fornecendo sabedoria (cf. Verdeau-Paillés *et al*, 1995: 130). Para Aristóteles, a música vem-se revelando como uma necessidade do Homem e da sua natureza pois consegue traduzir as

---

<sup>14</sup> “Chamavam-lhe *mousike*, em homenagem às nove musas, deusas da inspiração” (Mundy, 1980: 3).

propriedades da alma pelo seu valor ético desempenhando assim um papel fulcral na educação e na formação do ser humano.

Na época da cristianização da Europa, na zona árabe surgia um grande desenvolvimento cultural e científico e, desta forma, mediante um dos grandes mestres da medicina árabe da época que era Avicena, a música estava compreendida como um agente medicamentoso tal como o ópio e outros entorpecentes (cf. Leinig, 1977: 16).<sup>15</sup>

Importa salientar que, o Império Romano herdou grande parte dos hábitos culturais da civilização grega contudo, no que compete à aplicação da música em terapêuticas de cuidado de saúde, este conceito foi-se degradando com o passar dos séculos. Pode mesmo afirmar-se o desaparecimento da terapêutica musical no ocidente, sendo que, com a queda posterior do império romano e com o retrocesso quase total da investigação científica as formas de cura retornaram ao sentido mágico-divinatório (cf. Sousa, 2005: 122).

Passando a frisar um dos períodos mais conservadores no referente ao desenvolvimento científico e cultural dos povos europeus, as conquistas do cristianismo e posteriormente a implementação do catolicismo no nosso continente, tiveram total influência na produção musical da época através de música única e exclusivamente erudita, com sentido de louvor a Deus. Assim, a música produzida durante esta era, Idade Média, era somente cantada e pertencia ao domínio eclesiástico. Existiam distintos tipos de canto entre os quais, o mais conhecido canto gregoriano.<sup>16</sup>

Ainda hoje presente em muitas culturas, mas mais ainda no cristianismo da Idade Média, no que se refere à musicoterapia,

“[...]empregavam-se todas as forças espirituais, internas e externas, com a finalidade de combater o mal, a enfermidade ou o sofrimento. Entre essas forças estava a música considerada como capaz de afastar transitoriamente, a sensação de dor e ansiedade e com isso trazer uma maneira de alívio. Suspeitavam alguns investigadores, que certos sons, como os dos sinos das igrejas podiam, em princípio, haver servido para fins exorcísticos, isto é, expulsar do templo os espíritos do inferno” (Leinig, 1977: 14).

---

<sup>15</sup> Curiosamente os povos “árabes atribuíam qualidades terapêuticas a um dos seus instrumentos – o alaúde. Cada uma de suas cordas tinha uma função curativa. Os sons da primeira corda promoveriam a cura das doenças dos fleumáticos; os da segunda, a cura dos melancólicos; os da terceira, a dos males dos coléricos e os da quarta, a dos distúrbios dos sanguíneos” (Leinig, 1977: 16).

<sup>16</sup> “[...] existe a lenda segundo a qual o Canto Gregoriano terá sido inspirado por Deus, directamente, a S. Gregório: iconografia vária, datada do século XII e seguintes, apresenta a figura de S. Gregório com uma pomba ao ouvido a ditar a um copista as melodias gregorianas” (Borges & Cardoso, 2008: 52).

Anos mais tarde surge o Renascimento, a época das luzes e o interesse pela musicoterapia recomeça sendo referidos seus potenciais em distintos livros médicos (cf. Sousa, 2005: 123). Chegado o período renascentista, por volta do século XVII,

“[...] a filosofia mecanicista de Descartes, combinada com a “teoria do afeto” da estética musical do barroco, estabeleceram as bases para uma teoria da musicoterapia. Essa teoria salientava que os intervalos da música podiam expandir ou contrair o *spiritus animale* do corpo e, portanto, influenciar de maneira directa o estado da mente” (Ruud, 1990: 17).

concepção esta que, como se percebe, vai de encontro a uma mesma concepção completa das faculdades curativas possibilitadas pela musicoterapia.

Durante a renascença, “entre os processos de tratamento pela recreação, a música se impôs como um dos meios mais eficazes” (Leinig, 1977: 16) para processos de educação e reeducação de indivíduos em reabilitação.

A utilidade da música no renascimento veio, tal como muitas áreas científicas e culturais, renascer como a própria designação indica, existindo portanto uma tentativa de continuidade do que na antiguidade se tinha efectivado. Portanto, no que concerne à utilização e ilustração da música como terapia de promoção de saúde, distintos nomes ao longo da história vêm acentuando a importância desta prática.<sup>17</sup>

Neste tempo deu-se simultaneamente o ressurgimento e um novo surgimento da medicina empírica e com ele, depois das novas descobertas médicas, a música foi primordialmente incluída juntamente com as novas terapêuticas (cf. Leinig, 1977: 15).

A emancipação perdura e permanece pelos séculos chegando ao século XIX onde

“[...] o Positivismo e o Evolucionismo não deixam de inocular, nos primeiros esforços de sistematização musicológica, a concepção de Música como progresso permanente, imparável, desde as estruturas consideradas primitivas, às mais perfeitas” (Borges & Cardoso, 2008: 8).

Contudo, e no nosso entender derivado às descobertas e utilizações tecnológicas, a música durante o século XIX foi perdendo muito do seu designado “poder” devido à degradação da compreensão estética em medicina (cf. Ruud, 1990: 17) e à industrialização que trouxe com ela um paradigma biotecnológico com a exacerbação da máquina em detrimento do natural.

---

<sup>17</sup> “De forma indirecta, fizeram-no Platão e Aristóteles nos seus escritos; de uma perspectiva funcional e imediatista, alguns teóricos antigos e medievais: Sto. Agostinho, Boécio, Cassiodoro, Sto. Isidoro de Sevilha, etc. No Renascimento já se pensa criticamente na Música, mas procura-se o apoio da Antiguidade, desconfiando-se da música medieval” (Borges & Cardoso, 2008: 7).

A prática musicoterápica, já por princípios do século XX “não é um método novo, mas sim uma redescoberta das utilizações terapêuticas da música” (Mourão, 1996: 22). Concretamente, e abordando a aplicabilidade da musicoterapia, até ao século passado a musicoterapia era uma terapêutica aplicada exclusivamente pelo médico, com o auxílio de músicos no entanto, a partir de meados do século XX, deu-se o aparecimento dos primeiros musicoterapeutas conhecedores de ambos os campos, quer medicinal, quer terapêutico, quer musicológico (cf. Sousa, 2005: 123).

Por volta dos anos 40 a musicoterapia foi também aplicada aos soldados advindos da segunda guerra mundial por condição das distintas maleitas adquiridas em campo de batalha.<sup>18</sup>

Em finais dos anos 60 do século XX surgem novos estilos musicais e com eles propósitos bem distintos através da sua audição e execução. “A música *New Age* baseia-se na ideia de que podemos criar música para alterar nosso estado de espírito e expandir nossa consciência” (Watson & Drury, 1987: 89). Nesta medida, pode compreender-se o objectivo da música para alterar estados patológicos do corpo humano. Os anos 60 do século passado foram precursores da medicina holista e com ela, estes novos estilos musicais estimuladores e desinibidores surgiram.<sup>19</sup> Deparamo-nos neste tempo histórico com a utilização da música para a alteração de estados de consciência que podem ser utilizados para o tratamento de distintas patologias físicas e/ ou psíquicas. Este estilo musical caracteriza-se pela música electrónica que abre um novo campo de interesse para os terapeutas por permitir a comunicação entre o ser humano e o mundo pela explanação de emoções (cf. Alvin, 1997: 15).

Ainda durante o XX, e após a utilização de musicoterapia em hospitais americanos para o tratamento de veteranos da guerra do Vietname foi criada em 1950 a Associação Nacional de Musicoterapia nos Estados Unidos da América no sentido de promover o uso progressivo da

---

<sup>18</sup> “Embora o poder da música seja conhecido há milénios, a ideia de uma musicoterapia propriamente dita afirmou-se no final dos anos 40, sobretudo em resposta ao grande número de soldados que regressavam dos campos de batalha da Segunda Guerra Mundial com ferimentos na cabeça e lesões cerebrais traumáticas ou «fadiga de batalha» (ou «traumas de guerra», como eram designados na Primeira Guerra Mundial, uma condição que agora designamos por «perturbação de *stress* pós-traumático»)” (Sacks, 2008: 253).

<sup>19</sup> “[...] a música *New Age* tem suas raízes em rock cósmico, as “rgas” hindus, música folk para meditação e, em menor grau, certas formas de jazz contemporâneo – tipos de música popular em meio à contracultura dos anos 60. Atualmente, a música *New Age* tornou-se cada vez mais suave e melodiosa – especialmente enquanto usada para relaxamento e meditação. Muitas vezes é mais “minimalista” do que antes, fazendo amplo uso de ciclos repetidos de sons suaves e ondulantes” (Watson & Drury, 1987: 89).

música na medicina, fomentar a formação de profissionais qualificados para o exercício e assim potenciar a implementação do curso superior de musicoterapia em muitas universidades em parceria com escolas médicas e instituições hospitalares (cf. Leinig, 1977: 16). A partir desta data pode-se considerar profissionalizada, na nova era, a profissão de musicoterapeuta devidamente formada e actualizada. Estamos perante o advento de uma nova era da musicoterapia que hoje se encontra espalhada por todo o mundo e que, em países como o Brasil ou os Estados Unidos, é ciência fulcral para a reabilitação e cuidado em saúde.

Em Inglaterra a musicoterapia sofreu expansão industrial de tal forma que

“Em 1982 o ex-terapeuta e psicólogo Colin Willcox iniciou uma empresa distribuidora, a New Cassettes – especializada em música para terapia: criada para relaxar, inspirar e animar os ouvintes” (Watson & Drury, 1987: 94).

A multiculturalidade musical começa a ser evidente e conhecida em todo o mundo pela existência permanente de intercâmbios culturais. As principais culturas musicais do mundo são estudadas pela Etnomusicologia que ressalva o interesse e o extremo valor de culturas musicais como a chinesa, hindu, japonesa, polinésia, egípcia, árabe, hebraica, africana, americanas etc. (cf. Borges & Cardoso, 2008: 13).

Importa referir as observações que claramente apontam que

“Neste final de século (XX), a utilização da música com fins terapêuticos tem aumentado de importância na maior parte do mundo industrializado. Embora o conceito de uma força terapêutica vinculada à música seja tão antigo como nossa civilização, assim como uma força aparentemente viável na maioria das outras civilizações, alfabetizadas ou não, a prática do uso terapêutico da música nunca esteve antes tão difundida e diferenciada” (Ruud, 1990: 13).

Compreendendo agora a situação concreta no nosso país, pode afirmar-se que em Portugal, a musicoterapia enquanto ciência se valorizou por volta dos anos 70 através da formação de um grupo de investigação do curso de Educação pela Arte (Sousa, 2005: 124).

Mais tarde “em 1989, a Divisão Regional de Educação Especial da Madeira, em colaboração com a Universidade Montpellier, efectua no Funchal o primeiro Curso de Formação de Musicoterapeutas” (Sousa, 2005: 124) o que, ainda que em pequena escala, se tem vindo a adoptar em mais algumas universidades portuguesas.

De forma globalizante a música deve ser sempre compreendida como uma construção social e comunitária “a Música tem que ser vista, hoje, como um produto do Homem situado no Tempo e condicionado pelo saber e pelo gosto de uma determinada região” (Borges & Cardoso,

2008: 8) ao que acrescentamos, para além do saber e do gosto, o objectivo curativo mas acima de tudo cuidador/emancipatório potenciador no ser humano da redescoberta de si mesmo.

Na actualidade e compreendendo a música como uma produção acima de tudo natural, da expressão do Homem para si mesmo, pode perceber-se a existência de uma alteração no paradigma científico de forma a favorecer a musicoterapia em sua compreensão de existência de mudanças potenciadas pela música através da terapêutica (cf. Ruud, 1990: 17). Vemos portanto argumentado o facto da música estar novamente a ser reconsiderada dentro de um campo científico em que, só as ciências exactas, profundamente demonstrativas entravam. A queda do paradigma biomédico e assim da tecnocracia exacerbada vem potenciar uma nova perspectiva sobre esta terapêutica, uma perspectiva mais holista onde se compreende o ser humano como um todo, indissociável de si mesmo e das suas patologias.

### **1.2.2. Concepções de Musicoterapia**

#### **1.2.2.1. Música e Musicoterapia**

Iniciamos a nossa compreensão acerca da prática da musicoterapia, por procurar definir, da forma mais abrangente possível, esta prática terapêutica de reabilitação e cuidado. Sabemos que

“[...] o campo de ação da musicoterapia ultrapassa largamente o quadro da educação. Por meio do ritmo e do som, a música atinge a motricidade e a sensorialidade; e, por meio da melodia, atinge a afectividade. É preciso admitir, de uma vez por todas, que inteligência e afectividade são indissociáveis” (Ducourneau, 1984: 69).

Desta forma, procuraremos compreender a musicoterapia dentro de um entendimento holista do ser para o qual ela se direcciona, na sua plenitude. Argumentando esta concepção podemos salientar que a música envolve reacções dos mais variados tipos, o corpo responde à “chamada” da música de forma sensorial, hormonal, fisiomotora e psicológica, não existindo contudo dissociação de qualquer desta componentes isoladas portanto a acção da música é compreendida de forma holista para um ser de compreensão total (cf. Bergold & Alvim, 2009: 535).

Seguidamente apresentamos algumas concepções ou apreciações acerca do que se compreende por musicoterapia, na nossa óptima, muito mais que uma prática artística a



musicoterapia utiliza a arte musical como forma de expressão e de capacitação para um mundo comunitário e social global imbuído de exigências transpessoais.<sup>20</sup>

Essencialmente a música relaciona-se com o conceito de harmonia que se traduz por ordem e/ou equilíbrio que existe com a capacidade de proporcionar ao ser humano a própria revelação e conhecimento de si através de processos terapêuticos (cf. Sousa, 2005: 121) contudo, não podemos considerar que a isto se condiciona a musicoterapia, sendo muito mais alargado e meticuloso o seu âmbito de incidência e assim, a sua definição. Desta forma, começamos por adoptar uma conceptualização acerca do instrumento de trabalho da musicoterapia que é a música. Efectuamos esta análise prévia por considerarmos essencial conhecer o objecto através do qual a musicoterapia se torna eficaz. Contudo, julgamos ser pertinente perceber que não existe um meio concreto para definir e materializar a música, o que existe são construções, interpretações estéticas significantes que nos vão aludindo acerca deste fenómeno cultural (cf. Ruud, 1990: 19). Percebemos assim a música como um instrumento significativo para cada um na medida de cada um e não numa própria medida. A música é abstracta por muito exacta e concertante que nos possa parecer. Para além de tudo isto, e pela complexidade do próprio ser humano seu autor, ela hoje é frutífera, amanhã indiferente e depois uma recordação. Questionámo-nos: quantas vezes escutamos uma música que nos engaja de esperança, deliciosa e revigorante e, numa situação distinta, a mesma música pouco ou nada nos transmite? Aqui está a essência da música que nos transforma e nos faz evoluir, ela é fruto do ser humano e é feita para si mesmo mas é evolutiva e permite-nos revitalizar.

Roland Benenzon, um dos maiores mestres da musicoterapia do nosso planeta, define a música como uma natureza paralela, um termómetro, um regulador-indicador do estado psicológico e físico e do índice de disponibilidade e capacidade da pessoa, bem como do nível de equilíbrio interno (cf. Benenzon *et al*, 1997: 100)<sup>21</sup>, daí a existência de distintos estilos musicais para o tratamento de diferentes estados patológicos.

Acima de tudo a música deve ser entendida, considerando uma imensa panóplia de expressividades e originalidades, como um mecanismo que potencia e possibilita a

---

<sup>20</sup> Complementando esta análise, temos que, “La musicoterapia se puede considerar como la científica aplicación del arte de la música con una finalidad terapéutica. Aunque su práctica data de finales del siglo XIX, con músicos y médicos que utilizaban sus técnicas en hospitales psiquiátricos” (Fonseca, 2006: 2).

<sup>21</sup> “[...] una naturaleza paralela, un termómetro indicador del estado psico-físico y del grado de disponibilidad y potencia individual, como asimismo del nivel de armonía y equilibrio internos” (Benenzon *et al*, 1997: 100).

comunicação. Entende-se “a música como facilitadora de relacionamentos” (Bergold & Alvim, 2009: 535) e promotora destes mesmos relacionamentos, quer com o transmitido aos outros, quer com o que é percebido por cada um, quer pela sua capacidade comunicacional e desinibidora de expressividade. “A música, portanto, é um meio de comunicação poderoso capaz de conectar as pessoas nos níveis físico, fisiológico e mental” (Hamel, 2006:69).

Entende-se grandemente que a música tem a capacidade de transmitir sequências que se afirmam quando outras formas de comunicar falham (cf. Sacks, 2008: 240). Devemos então considerar, como Oliver Sacks, a singularidade da música compreendendo-a como

“[...] única entre as artes, é ao mesmo tempo completamente abstracta e profundamente emocional. Não tem o poder de representar seja o que for de concreto ou de exterior, mas tem um poder único no que se refere à expressão de estados internos ou de sentimentos. A música é capaz de nos tocar directamente, o coração; não requer mediações” (Sacks, 2008: 302).

mas realmente é entendida de forma individual, única e irrepetível, tal como a própria essência da raça humana.

No que concerne à música utilizada para fins terapêuticos percebe-se a junção ou a utilização da música como instrumento de terapia visto que “a própria musicoterapia é híbrida, pois se baseia tanto na arte, por meio da música, quanto na ciência, com os fundamentos terapêuticos da utilização desta” (Bergold & Alvim, 2009: 534), é uma junção que possibilita a multidisciplinaridade e a compreensão premente das bases biológicas e de consciência do ser humano. Portanto, o instrumento utilizado para a terapêutica musical que é a música é essencialmente dirigido a duas partes da natureza humana, sendo simultaneamente emocional quanto intelectual (cf. Sacks, 2008: 287). Estamos perante as potencialidades da música e o seu carácter social pois através dela é possível a interacção do indivíduo consigo mesmo e com o meio. Assim, mesmo que por meio da mera audição musicoterápica é possibilitado ao sujeito em musicoterapia a conexão com o mundo existindo a receptividade daquilo que é humano musical (cf. Delabary, 2006: 35).

Distintas são as metodologias, os métodos e as técnicas segundo as quais a musicoterapia pode ser exercida. Essencialmente, no nosso entender, a musicoterapia depende sempre e mais do que de qualquer outra coisa, do próprio cliente e do interlocutor ou mediador em que, muitas vezes, se transforma o musicoterapeuta. Não iremos analisar distintos métodos de aplicação da musicoterapia até porque consideramos que não se enquadra nos objectivos desta dissertação. Deixamos patente contudo que mediante relatos de musicoterapeutas “as técnicas mais

utilizadas no nosso trabalho são: 1. Improvisação Musical [...] 2. Re-criação [...] 3. Audição Musical [...] 4. Composição” (Nascimento, 2006: 93).

Dentro desta terapêutica deve considerar-se sempre e de forma fundamental que o poder constituinte da música e a sua energia e força vital libertadora deve tomar-nos sem que estejamos à espera deste efeito, devendo ser percebido como uma “graça inesperada” (Sacks, 2008: 300) entendendo-se por completa a novidade musical. Por este motivo se exprime, em manuais de musicoterapia, a importância de introduzir constantemente alguma novidade na terapêutica musical.

Há autores que definem a musicoterapia como um processo sistemático de intervenção em que o musicoterapeuta procura ajudar os indivíduos em musicoterapia a chegarem a um estado saudável através das experiências musicais e da evolução de relacionamentos que se estabelece como princípio de comunicação (cf. Bruscia, 1997: 43) compreendendo, em primeira instância, a necessidade de mudança, ou permanência de bem-estar, que na musicoterapia está inerente.

A Associação Portuguesa de Musicoterapia apresenta uma definição desta prática um tanto ou quanto especificada, compreendendo os objectivos intrínsecos a esta terapêutica ao afirmar que a musicoterapia se entende pela

“[...] utilização da música e/ou dos seus elementos musicais (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou um grupo, num processo planificado com o objectivo de facilitar e promover a comunicação, a relação, a aprendizagem, a mobilidade, a expressão, a organização e outros objectivos terapêuticos importantes, que vão ao encontro das suas necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais ou cognitivas. A musicoterapia tem por objectivo desenvolver potenciais e/ou restaurar funções do indivíduo, a fim de melhorar a sua integração intrapessoal e/ou interpessoal e, em consequência, adquirir uma melhor qualidade de vida, através da prevenção, reabilitação ou tratamento” (cf. Costa, 1998).

Ao falarmos concretamente da utilização da musicoterapia no tratamento ou na “potenciação” de habilidades dos indivíduos portadores de distintas deficiências, pode afirmar-se que porque a música possibilita a activação da comunicação, da memória e das capacidades motoras, ela tem uma elevada importância em processos de (re)educação (cf. Mourão, 1996: 29). Ao utilizarem a música os indivíduos incompreendidos estão aprendendo e apreendendo mecanismos de interacção com o meio o que, de outra forma, lhes é muitas vezes impossível de executar. Por isso, a musicoterapia é um meio para atingir uma finalidade educativa, mas não somente, através do desenvolvimento dos indivíduos e suas interacções consigo mesmos e com o meio. Analisaremos mais à frente nesta dissertação a distinção entre educação e reeducação e

os factores contributivos da música neste campo educativo. Nestes mesmos casos, e em muitos outros, no que concerne sempre à reabilitação de indivíduos, pode entender-se a musicoterapia de um ponto de vista mais lúdico que terapêutico.

“Fazer Musicoterapia é, numa primeira abordagem, convocar as experiências lúdicas do paciente que permite ser colocado em posição de “jogo” [...] Assim, o “jogo” ocorrerá sem lógica nem motivações cujo interesse transcenda a satisfação hedonista da sensorialidade, deslocando a ordem convencional da razão” (Fregtman, 1989: 26),

transformando o lúdico em constante descoberta de capacidades e redefinição de trajectórias de vida.

Para Roland Benenzon, a musicoterapia é resumidamente comunicação e interacção (cf. Benenzon *et al*, 1997: 161). Nesta medida e tendo em consideração a sua funcionalidade terapêutica, julgamos ser possível que também neste contexto, a música funcione como um elemento alterador e “desviante” dos pressupostos de silêncio a que se confinam certas patologias (cf. Guazina & Tittoni, 2009: 2). Ser alvo de musicoterapia é portanto o desfazer de linhas sinuosas entre a cura e a doença. É ser um ser em participação, é poder agir e interagir ainda que de forma distinta da grande massa humana.

Consideramos importante referenciar a música do ser humano para si mesmo, dentro de toda a sua complexidade de ser, ser humano e, portanto, “é preciso que se compreenda a música como forma de comportamento humano, uma vez que ela nasceu do homem, tendo por isso mesmo, uma grande força de atracção sobre ele” (Sacks, 2008: 349). Este é um dos princípios fundamentais da musicoterapia, o princípio de ISO, segundo o qual “o semelhante actua sobre o semelhante” (Alvin, 1997: 18), é a identidade musical de cada cliente que conta e assim percebemos a música como uma construção humana repleta de toda a sua complexidade biológica, psicológica e transcendente. Contudo considera-se que, para além disto e em completude, é necessário em musicoterapia um conhecimento advindo da multidisciplinaridade (cf. Leinig, 1977: 66). A musicoterapia como já percebemos é uma ciência das ciências, tal como as ciências da educação assim se compreendem pela sua multiplicidade, ela implica o conhecimento de diversas áreas e, só assim, pode atingir as múltiplas dimensões do indivíduo. Do mesmo modo, Kenneth Bruscia considera que a forma mais concreta para se definir musicoterapia é pela sua natural transdisciplinaridade (cf. Bruscia, 1997: 14).<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Mais aprofundadamente o autor refere ainda que, “Es decir, la Musicoterapia no es una disciplina aislada com límites claramente definidos e inmutables. Más bien es una combinación de muchas disciplinas alrededor de dos temas principales: música y terapia. [...] Como fusión de

De forma natural, aquilo que se compreende verdadeiramente acerca do instrumento musicoterápico é que o sistema nervoso consegue uma sincronização mais autêntica mantendo-se, ou tendo uma tendência para se afinar tal como os elementos de uma orquestra, dentro da diversidade comum de cada um (cf. Corte & Neto, 2009: 8). Ao considerarmos esta noção, percebemos que “a música pode representar a perfeição ideal em um terreno onde não haja sentimentos de culpa nem de redenção, porque [...] a música é gratificante e não punitiva” (Leinig, 1977: 21) é algo que possibilita a emancipação pessoal e assim a emanação de sentimentos e emoções, sem para tal necessitar da sua exposição social ou comunitária.

A música “tem a capacidade, pelas associações que evoca, de transformar a consciência” (Drury, & Watson, 1990: 16). Compreendemos portanto que a musicoterapia vai de encontro a um conceito de saúde mais alargado, onde se percebe enquanto elemento potenciador de uma ampliação do sentido de saúde (cf. Tesser, 2009: 5).

Outros autores referem que a musicoterapia define-se como

“[...] um campo de conhecimento e profissional [...] que tem como característica principal o uso da música para a saúde das pessoas com base nas experiências musicais. Esse é um campo complexo e multifacetado, com diferentes linhas teóricas de aplicação que se desenvolve na interlocução com diferentes campos de produção e conhecimento em saúde” (Guazina & Tittoni, 2009: 4).

Compreendemos com tudo isto que a busca permanente pelo salutogénico pode ser determinada pela musicoterapia por esta se integrar como uma forma de promover a saúde. A promoção da saúde, por seu turno, é um campo de propostas, ideias e práticas, que vem crescendo em termos de saúde comunitária que acaba por apresentar uma proposta de articulação de saberes técnicos e culturais (cf. Tesser, 2009: 4) um encontro entre o que é popular e o que é científico, a implementação de mecanismos que favoreçam as populações através de conhecimentos sobre o seu estado de saúde-doença, o que se concretiza pela prática da educação para a saúde, onde se insere a musicoterapia.

A emancipação da pessoa em processo musicoterápico é o caminho pretendido e neste sentido a terapêutica musical pode ser entendida como um conjunto de

“[...] intervenções que pode agenciar a produção de outros lugares e reconhecimentos de si, através da busca das novas práticas de liberdade e transgressão frente às relações de dominação potencialmente causadoras de sofrimento e adoecimento, pela via do uso das práticas musicais em Musicoterapia” (Guazina & Tittoni, 2009: 6).

---

música y terapia, la Musicoterapia es a la vez un arte, una ciencia y un proceso interpersonal” (Bruscia, 1997: 14).

De forma resumida julgamos ser querente apresentar que a musicoterapia pode ser ainda definida como a aplicação de métodos e princípios psicológicos, físicos e estéticos com a finalidade de proporcionar o entendimento acerca das mudanças e patologias do comportamento humano (cf. Benenzon *et al*, 1997: 165).

Segundo Roland Benenzon a musicoterapia é uma ciência que apresenta duas potencialidades inerentes

“[...] uma encarando o seu aspecto científico e outra, o terapêutico. Com respeito ao ponto de vista científico a Musicoterapia é uma especialidade científica que se ocupa do estudo e investigação do complexo som/ ser humano, seja o som musical ou não, tendendo a buscar os elementos diagnósticos e os métodos terapêuticos do mesmo. Com respeito ao ponto de vista terapêutico a Musicoterapia é uma disciplina paramédica que utiliza o som, a música e o movimento para produzir efeitos regressivos e abrir canais de comunicação com o objectivo de empreender através deles o processo de tratamento e recuperação do paciente para a sociedade” (Benenzon, 1985: 11).

Da mesma forma Ducourneau faz referência à necessidade de abertura de novos trilhos que permitam a autonomização e a descoberta do indivíduo. Para este autor a musicoterapia é um processo de abertura de canais comunicacionais através dos componentes da música.<sup>23</sup>

#### **1.2.2.2. O Musicoterapeuta**

Considera-se como musicoterapeuta aquele que “cura”, que possibilita a cura através da música. Esta concepção foi evoluindo ao longo dos tempos, abandonando a figura do mago/ curandeiro, até ao médico e musicoterapeuta especializado.<sup>24</sup>

A musicoterapia é exercida por um profissional devidamente qualificado, que aplica as melhores práticas musicais terapêuticas para um indivíduo em particular, tendo em consideração as suas necessidades mais profundas. Assim, a musicoterapia é compreendida como uma área de intervenção “em que o terapeuta ajuda o paciente a promover a saúde utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas como forças dinâmicas de mudança” (Hatem *et al*, 2006: 2). O musicoterapeuta, responsável pela terapia musical é um profissional devidamente graduado, especialista em musicoterapia, formado por uma instituição de ensino superior. Um musicoterapeuta tem de possuir, como percebemos

---

<sup>23</sup> Mais aprofundadamente Ducourneau acrescenta que a comunicação é “o objetivo fundamental da musicoterapia: estabelecer ou reestabelecer a comunicação utilizando a música. Sua técnica se apoia em conhecimentos musicais e psicológicos” (Ducourneau, 1984: 4).

<sup>24</sup> “El curador que emplea la música há sido, a través de los tiempos, primero un mago, después un monje y por último un médico o un especialista en música” (Alvin, 1997: 31).

anteriormente um saber transversal, de tal forma que, deve ter aptidões em música, filosofia, medicina, psicologia e concretamente anatomia e fisiologia (cf. Piazzetta & Craveiro de Sá, 2006: 7). Enquanto profissão terapêutica a musicoterapia consiste primordialmente na utilização da música, pelo sujeito alvo da musicoterapia orientado pelo musicoterapeuta, como instrumento de expressão para potenciar mudanças crescentes em direcção ao bem-estar (cf. Ruud, 1990: 12).

Carlos Fregtman explicita a sua premente noção de consciência. Percebemos particularmente que a consciência se percebe no contexto da musicoterapia, nas diversas abordagens que pode conter, como a noção fundamental a adquirir por todo o ser humano. Ter consciência de si e do mundo em seu redor percebe-se fulcral para uma vivência mais amena e repleta de potencialidades. No nosso entender através da consciencialização favorece-se a auto-estima e a vontade de querer e de querer ser mais. Neste sentido se percebe a actuação do musicoterapeuta como uma produção artística, “a arte de um bom musicoterapeuta se dirige ao “mais além” de todos nós e, como essa Consciência que nos sopra os pensamentos, nos desperta, nos recompõe e pode curar-nos” (Fregtman, 1989: 11) levando cada um à sua crescente emancipação.

O trabalho do musicoterapeuta é objectivo mas diversificado. Sabemos que ao exercer musicoterapia estamos imbuídos numa dimensão distinta, onde os sons nos remontam a tempos ancestrais e é permitida a utilização de mecanismos condutivos como os instrumentos musicais (cf. Fregtman, 1989: 25). Na nossa óptica encontramos presente na musicoterapia, para além de um objecto abstracto, uma terapêutica que se afigura tão grandemente consistente que pouco materializável. O trabalho do musicoterapeuta afigura-se complexo e por entre caminhos tumultuosos o desafio é perceber, na nossa opinião, a identidade de cada indivíduo, conhecendo assim os caminhos musicais para até ele chegar. Após este (re)conhecimento julgamos que o musicoterapeuta enquanto educador que é, deve permitir a libertação autêntica ao indivíduo, considerando que se deve sempre encaminhar e fornecer as ferramentas necessárias à formação da pessoa humana para que, posteriormente, seja possível a independência relativa ou total deste com o terapeuta. “Conseguida a atitude lúdica, o musicoterapeuta se transforma num companheiro de jornada” (Fregtman, 1989: 26). O musicoterapeuta é essencialmente um orientar que persiste no desenvolvimento de todo o processo (re)construtivo do protagonista.<sup>25</sup>

Afirma-se que laboralmente “uma das funções mais importantes de qualquer profissional de saúde será promover o sentido de coerência das pessoas que a ele recorram” (Oliveira, 2006: 9) e assim se compreende o papel do musicoterapeuta enquanto entidade promotora da integridade no sujeito em musicoterapia. Da mesma forma, interessa entender o terapeuta como um educador para a saúde o que implica que este seja um verdadeiro artista ao trabalhar com cada cliente, sendo actor é aquilo que tiver que ser, um terapeuta educador deve vestir sempre a pele de um camaleão, importando somente auxiliar o indivíduo na sua criação (cf. Moreno, 1997: 11) que não é mais do que o conhecimento e a integração da própria pessoa em consciência. Dentro desta compreensão de educador/musicoterapeuta podemos ainda salientar que

“[...] a educação do paciente exige que o educador se preocupe em saber relacionar-se com ele; o educador deve incrementar no paciente o desejo de aprender a lidar com a sua doença” (Oliveira, 2006: 4)

e assim perceber as suas diversas potencialidades.

O musicoterapeuta deve ser um agente interdisciplinar e portanto deve considerar a expressão sonora, corporal e verbal do cliente. Essencialmente

“O musicoterapeuta trabalha com a expressão integrada desses três níveis, ou “linguagens”, e resgata o papel e a importância do corpo e de seus sons no processo terapêutico [...] O musicoterapeuta trabalha com modos de relação prévios à formação do símbolo, modos esses que nos remetem a estágios primários do desenvolvimento” (Fregtman, 1989: 48)

que se afiguram novamente como necessários a desenvolver.

Compreendemos agora como essencial analisar sucintamente a importância da relação estabelecida entre cliente e musicoterapeuta. Por isso, em tempos idos se considerava que a relação entre aquele que tratava, o terapeuta, (sacerdote) devia ser humana e pessoal (cf. Alvin, 1997: 48). Defendemos que o musicoterapeuta deve, *à priori*, assumir uma postura empática que suscite a confiança no cliente. Julgamos que as resistências estão presentes em cada sessão inicial e em algumas posteriores contudo existindo a familiarização em termos musicais, e por conseguinte emocionais e fisiológicos,

---

<sup>25</sup> “Qualquer doente, se bem orientado por um musicoterapeuta, pode valer-se de uma das mais importantes qualidades da música – a de oferecer flexibilidade em quaisquer de suas modalidades [...] O processo utilizado para um tratamento sustentado pela musicoterapia é variável de indivíduo a indivíduo, de acordo com as características de cada história de vida, que é única, pessoal e original” (Corte & Neto, 2009: 7).



“Qualquer doente, se bem orientado por um musicoterapeuta, pode valer-se de uma das mais importantes qualidades da música – a de oferecer flexibilidade em quaisquer de suas modalidades [...] O processo utilizado para um tratamento sustentado pela musicoterapia é variável de indivíduo a indivíduo, de acordo com as características de cada história de vida, que é única, pessoal e original” (Corte & Neto, 2009: 7).

Se esta inerência se verificar então a expressividade e a emancipação dar-se-á através de um elemento composto por dois corpos humanos, um orientador e um orientado, que se tornam um enquanto for necessário. Por isto se afirma que “só a partir do estabelecimento da relação terapêutica é que haverá a possibilidade de se iniciar os atendimentos” (Nascimento, 2006: 85).<sup>26</sup>

O musicoterapeuta deve ser um ente facilitador de integração social e por isso Clara Piazzetta e outros autores afirmam que em sessões musicoterápicas

“[...] acontecem experiências musicais compartilhadas, ou seja, musicoterapeuta e cliente(s) estão em uma estrada de mão dupla. Tanto as ações do musicoterapeuta alcançam o cliente, quanto as ações do cliente alcançam o musicoterapeuta, num movimento recursivo e consensual” (Piazzetta & Craveiro de Sá, 2006: 2).

Em consonância com as especificidades desta analogia se percebe a relação educador-educando, quando de uma relação de confiança e mútuo benefício se trata. Segundo o pedagogo Paulo Freire entre educador e educando deve sobrevir o aprendizado da autonomia e da libertação (cf. Freire, 1997: 105). Assim se compreende essencial a promoção da autonomia individual de cada um através do processo educativo tal como é a musicoterapia, ciência através da qual “paciente e terapeuta são livres criadores de significações” (Cruz Reis, 2005: 26). O processo de autonomização do sujeito afigura-se de extrema consideração porque, a escolha da forma de ser aplicada a terapia sessão após sessão, é relevante para a percepção do musicoterapeuta quanto ao grau de opção individual dos clientes no momento presente (cf. Backer & Camp, 1998: 5). Paulo Freire afirma que enquanto educador “devo respeito à autonomia, à dignidade e à identidade do educando” (Freire, 1997: 69) e assim do indivíduo em musicoterapia.

A história de vida da pessoa em processo musicoterapêutico e assim as suas preferências e tendências musicais ao longo da vida são cotadas na apreciação do musicoterapeuta acerca

---

<sup>26</sup> “[...] el papel del musicoterapeuta há evolucionado en estos últimos años [...] En la actualidad el terapeuta procura utilizar adecuadamente su actividad como músico y su relación con el paciente, intentando superar los inconvenientes de las fases anteriores. Poco a poco se há ido consolidando el rol profesional del musicoterapeuta en centros educativos, de rehabilitación, sanitários, entre otros” (Fonseca, 2006: 3).

da prática mais congruente a ser utilizada. Essencial é a identificação da identidade sonora do cliente. Premente é que o musicoterapeuta seja sensível ao facto de cada indivíduo possuir suas músicas características (cf. Duleba & Nunes, 2006: 46). Nesta ordem o musicoterapeuta deve ser um ouvinte e atentamente perceber os gostos e as vivências musicais anteriores do cliente (cf. Delabary, 2006: 31). De forma específica compreende-se ainda que

“[...] num primeiro momento da sessão (talvez até mesmo antes de o cliente entrar na sala de musicoterapia), o musicoterapeuta atenha-se para perceber os interesses e as necessidades do paciente, bem como detectar qual seria o seu tempo interno” (Nascimento, 2006: 89)

localizando assim o seu espaço de trabalho primário.

Uma das características que deve estar implicada na actuação do musicoterapeuta é referente ao facto de este dever ser um bom ouvinte de aspirações e vivências.<sup>27</sup> Na opinião de Eliane Volpi importa sobretudo, na formação de um musicoterapeuta, a capacidade para lidar com distintas linguagens, distintas formas comunicacionais, como a própria linguagem sonoro-musical (cf. Volpi, 1996: 55). Percebe-se claramente que somente a

“[...] responder adequadamente ao discurso de seu cliente, o musicoterapeuta estará contribuindo, ainda, para a manutenção de vínculo terapêutico, bem como, aprofundando o nível de relacionamento e comunicação que o indivíduo pode estabelecer consigo e com outras pessoas” (Duleba & Nunes, 2006: 48).

Do mesmo modo, o musicoterapeuta é um profissional que se distingue claramente de outros profissionais por ter de considerar todo o tipo de expressão, experiência e comportamento por parte do indivíduo, efectuando uma leitura musical das mesmas e respondendo-lhes musicalmente (cf. Duleba & Nunes, 2006: 44). Tal como o educador, o musicoterapeuta deve procurar ser sempre e em permanência um promotor de desenvolvimento da pessoa humana em musicoterapia. O musicoterapeuta deve ser um facilitador contribuindo para a

“[...] possibilidade maior de compreender os estados de consciência motivados pela música – de expansão, de plenitude – e não apenas os quadros psicopatológicos. Um terapeuta deve – ou deveria – ser um agente de saúde, e não um mero especialista em doenças” (Fregtman, 1989: 12),

agir no sentido da beneficiência e da percepção clara da doença é função do musicoterapeuta.

---

<sup>27</sup> “No ambiente terapêutico escutar é premissa fundamental a ser observada pelo terapeuta, pois o indivíduo que busca a terapia quer ser escutado. Cabe ao terapeuta ampliar e desenvolver sua escuta, estando sempre atento às “comunicações” de seu cliente” (Duleba & Nunes, 2006: 46) sejam estas comunicações verbais ou não verbais.

Para ser musicoterapeuta percebe-se ainda necessária a existência de uma “profunda sensibilidade ao sofrimento dos outros” (Dalai-lama *et al*, 2008: 97) que é precisa para a compreensão e a concreta actuação em musicoterapia.

### 1.2.2.3. Música Curativa

A música enquanto instrumento da musicoterapia é muitas vezes considerada como um meio potenciador de cura. Compreende-se que a música provoca alterações substanciais no organismo humano e potencia o desenvolvimento das faculdades intelectuais bem como emocionais (cf. Leinig, 1977: 19).

O papel curativo da música, no nosso entender, pode afigurar-se por distintos pressupostos. Julgamos que pode advir das enormes potencialidades emotivas que nos engajam com seu poder catártico bem como pode provocar alterações de equilíbrio homeostático a nível fisiológico que facilitam a melhoria do estado de saúde.

É dentro destas constatações que Bruscia vem percepcionando o valor curativo da música confirmando portanto que a utilização das experiências musicais e as relações que se desenvolvem através destas experiências podem curar mente e corpo e induzem autocriação (cf. Bruscia, 1997: 75).

Deste mesmo modo

“[...] há muitas noções diferentes sobre que tipos de música podem ser usados para fins curativos ou terapêuticos. Alguns terapeutas associam a música especificamente às emoções, outros consideram o impacto direto do som sobre as células do corpo e, ainda outros, desenvolveram maneiras de associar a música a imagens visuais para estimular as mais diversas respostas da mente subconsciente. Os enfoques variam de interpretação intuitivas e metafísicas da música, até modelos neurológicos puramente científicos” (Drury, & Watson, 1990: 14),

compreendendo-se portanto uma panóplia de concepções que, regularmente, se expressam nas possibilidades, também elas múltiplas, que a musicoterapia traz aos sujeitos. Percebemos pela afirmação anterior a característica desconcertante da musicoterapia mas que, simultaneamente, lhe confere unicidade, que é o facto desta nunca ser certa, exacta, exigir de nós uma permanente busca e um enorme esforço para compreender cada ser humano.

Especificamente apresentamos alguns exemplos dos benefícios curativos da musicoterapia. Podemos referenciar a redução da dor crónica associada à utilização de música de estilo *New Age* que consegue reduzir significativamente a dor. Para este efeito são apontadas ainda músicas clássicas através das quais se consegue visualizar imagens mentais (cf. Bergold

& Alvim, 2009: 534) como é o caso das obras de autores como Mozart ou Bethoven. Percebemos portanto um sentido de música curativa associado à redução da dor e assim, julgamos ser pertinente referenciar que, a música curativa é toda aquela que possibilita a aquisição de bem-estar, de desprendimento do patológico, ainda que na presença da doença.<sup>28</sup>

Como compreendemos, a musicoterapia pode ser aplicada associada a distintas terapêuticas de reabilitação ou prevenção portanto, diversos estudos terapêuticos revelam a influência mais concreta da musicoterapia no caso da prevenção da saúde. Como terapêuticas metodológicas são referidos os biofeedback, a hipnose, meditação, psicoterapia, dieta e imagética, sendo a música utilizada em todos estes processos como elemento chave (cf. Heal & Wigram, 1993: 155).

Outros autores defendem que a melhor forma de se produzirem efeitos através da musicoterapia receptiva é pela utilização de música familiar ao indivíduo, para que este se sinta mais à vontade.<sup>29</sup> Tendo em consideração esta pertinência há autores que consideram que “a emoção positiva só surge se a música ouvida corresponder ao universo sonoro e/ou aos padrões estéticos do ouvinte” (Bergold & Alvim, 2009: 540) o que potencia uma familiarização do doente com o seu objecto terapêutico. Por isso, Oliver Sacks compreende a importância de existir um envolvimento com aquilo que está a ser musicado ou escutado, revela que a música familiar ao sujeito em musicoterapia actua como uma mnemónica, elevando as emoções, activando a memória e possibilitando a acessão a estados humorais perdidos no tempo (cf. Sacks, 2008: 345). Ainda nesta lógica de compreensão do objecto musicoterápico considera-se que

“[...] em qualquer atividade terapêutica que envolva manifestações musicais, é importante respeitar as singulares representações da música e não impor uma nova linguagem ou modelo para o cliente reescrever suas experiências [...] trazendo ao cliente [...] um sentimento de familiaridade através das músicas escolhidas por ele, e que fazem parte do seu quotidiano” (Bergold & Alvim, 2009: 537).

Pertinente é ainda efectivar distinção entre o processo terapêutico que consiste na musicoterapia, a educação musical ou o ensino da música, bem como a utilização de música

---

<sup>28</sup> Ao considerarmos então a existência de música especializada em cura, música concreta para aplicação terapêutica, esta pode entender-se por “[...] música especificamente concebida como auxiliar para exercícios de visualização ou meditação, destinados a melhorar nossas percepções ou bem-estar interior” (Drury & Watson, 1990: 14).

<sup>29</sup> “[...] the importance of using music that is familiar to the patient in music listening procedures. It is speculated that unfamiliar music may cause an ‘orienting response’ due to its novelty that may undermine the desired therapeutic goals, particularly if the goal is relaxation” (Heal & Wigram, 1993: 157).

em terapia. Segundo Alberto Sousa a musicoterapia é distinta do ensino da música porque, tal como percebemos, a musicoterapia tem finalidades terapêuticas enquanto o ensino, tem por base a transmissão de conhecimentos e técnicas musicais. Já a música em terapia é referente à utilização de música enquanto base, fundo musical, utilizada em algumas sessões terapêuticas diversas (cf. Sousa, 2005: 126).

Como já vimos, a musicoterapia é interpretada como prática curativa tendo em consideração a sua capacidade reabilitadora. Neste sentido, Kenneth Bruscia define-a como “musicoterapia reabilitadora” enquanto utilização de experiências musicais e relações desenvolvidas através delas, como forma de auxílio da pessoa em processo musicoterápico para conseguirem níveis de funcionamento, o mais normalizados possível. Esta forma de aplicação da musicoterapia, nestes casos, deve ser praticada de forma intensiva para surtir efeitos (cf. Bruscia, 1997: 117).

#### **1.2.2.4. Propriedades Terapêuticas da Música**

Depois da análise efectuada consideramos conveniente esclarecer, de forma mais concreta, os componentes musicais que contribuem vivamente para que a musicoterapia seja um processo terapêutico e assim de reabilitação. Percebemos portanto a necessidade de especificar que, por exemplo, através do ritmo e do som a música age sobre o sistema motor e sensorial enquanto que, através da melodia, no nosso entender componente básica da música, é atingida a afectividade (cf. Ducourneau, 1984: 59) e por isso mesmo, devemos compreender o instrumento da musicoterapia como um processo construído por distintos componentes que se interrelacionam entre si e modificam diferentemente o estado do indivíduo em musicoterapia.

Considerando que a musicoterapia é uma prática que consiste na utilização da música enquanto entidade curadora e/ou cuidadora do sujeito, tal como vimos anteriormente, percebemos que a prática da musicoterapia “não trata de formar artistas, e sim de utilizar a música” (Ducourneau, 1984: 33) com uma finalidade salutogénica.<sup>30</sup>

Alguns métodos de aplicação da musicoterapia aludem para o ritmo da música. Desta forma, considera-se pertinente em distintas doenças, como a reabilitação ou terapêutica aplicada em patologias como Parkinson e distintos tipos de paralisia entre outras, a necessidade de aquisição de alguma consistência rítmica, que é natural no ser humano, mas que foi perdida ou

---

<sup>30</sup> Como já percebemos a “música possui três elementos fundamentais: o ritmo, a melodia e a harmonia” (Ducourneau, 1984: 33) que são os “materiais” utilizados na terapêutica.

não adquirida por motivos patogénicos.<sup>31</sup> Para esta finalidade efectuem-se por exemplo, “técnicas de exploração da pulsação: Sentir os batimentos do coração; Bater com o pé acompanhando os batimentos do coração; Balancear o corpo; Bater palmas, com a mesma pulsação” (Sousa, 2005: 133). Entende-se estarem associados ao ritmo corporal os compassos musicais que definem as unidades de tempo na música (cf. Caminha *et al*, 2009: 3).<sup>32</sup> Por isso se diz que no ritmo o componente mais importante é o tempo, pois é ele que age sobre a motricidade e a sensorialidade (cf. Sousa, 2005: 134).

Quanto a esta contenda Hatem considera que

“[...] a presença de um som ritmado e harmónico pode aliviar a dor de causa física e emocional e agir em parâmetros hemodinâmicos, como FC, PA, [frequência cardíaca e pressão arterial] temperatura, bem como no relaxamento do paciente com regularização do ritmo respiratório, relaxamento muscular e melhora do sono” (Hatem *et al*, 2006: 2).

Tal como já percebemos um “elemento-chave de qualquer peça musical é o seu ritmo único. Também nós possuímos os nossos próprios ritmos únicos, que sentimos ressoar no fundo do coração” (Lewis, 2003: 1) ao que entendemos por todo o organismo humano em pleno funcionamento e em constante mudança.

Mediante um estudo empírico Zanini e outros investigadores constataram que a musicoterapia foi extremamente benéfica quanto à melhoria da qualidade de vida de doentes com hipertensão arterial, o que os fez concluir que a musicoterapia deve ser aplicada neste tipo de doentes enquanto terapia complementar da medicamentosa (cf. Zanini *et al*, 2009: 8).

Consideramos importante um conjunto de citações proferidas por Oliver Sacks, no seu livro “Musicofilia”, que explicitam de forma brilhante, no nosso entender, as diversas características que o ritmo musical pode apresentar como vantagem à saúde do ser humano. Assim, compreende-se que a conexão existente entre sistema auditivo e motor é premente na raça humana de tal forma que o ritmo pode traduzir-se por ter elevada importância na coordenação de movimentos primordiais (cf. Sacks, 2008: 244) independentemente da racionalização deste acto. Mais profundamente entende-se a junção desta pertinência com a busca do indivíduo por uma maior consciência e, aqui, o “ritmo pode restaurar a nossa consciência de corpo e o nosso sentido primitivo de movimento e vida” (Sacks, 2008: 346).

---

<sup>31</sup> “O ritmo é característica pulsante dos elétrons e de nossos padrões de respirar-correr-andar, da pulsação cardíaca, e da estrutura da nossa fala” (Drury & Watson, 1990: 20) é algo que persiste em nós enquanto seres humanos e que, em muitos casos, necessita ser readquirido.

<sup>32</sup> “Ritmo vem do grego *Rhythmos* e designa aquilo que flui, que se move, movimento regulado” (Caminha *et al*, 2009: 3).

Associado a este componente musical considera-se que “Alguns padrões rítmicos da música têm a capacidade de arrebatá-los com seu impulso, e elevam-nos a um novo nível de consciência sensorial” (Drury & Watson, 1990: 15) que é distinto e que pode causar uma experiência extra temporal durante os momentos de execução da prática musicoterápica, o que possibilita grandemente ao indivíduo em musicoterapia, um maior conforto pela abstracção conseguida. Percebemos esta prática como sendo de extrema pertinência executada quando os sujeitos estão a efectuar tratamentos penosos e demorados no sentido de lhes possibilitar uma abstracção temporal. Podemos apresentar como exemplos relevantes a hemodiálise ou mesmo a quimioterapia.

No que concerne a doenças associadas ao ritmo cardíaco pode dizer-se que os seus portadores necessitam de um ritmo de vida calmo e relaxante. Para tal a música pode ser auxiliar no relaxamento e mesmo no extravasamento de emoções. Neste sentido um estudo empírico com doentes cardíacos constatou que, se a música transmitisse prazer existia um retardamento na pulsação e se fosse stressante e incomodativa dava-se um acelerar do batimento cardíaco nas pessoas em musicoterapia da amostra (cf. Leinig, 1977: 45).

Alberto Sousa considera que o elemento musical mais complexo é a harmonia, mediante o que concordamos completamente pois, a harmonia, foi sempre o componente musical mais complicado de compreendermos. Hoje entendemos a harmonia como o conjunto sincronizado de todos os compostos de uma música, sem que, para tal, todos tenham de estar a seguir uma mesma melodia. A harmonia é isso mesmo, é encontrar a ordem através dos distintos “apetrechos” de uma canção. Caracterizando-a o autor supracitado, refere-a como sendo constituída por sons, ritmo e melodia, o que lhe confere uma tripla potencialidade na actuação musicoterápica, a nível sensorial, afectivo e cognitivo (cf. Sousa, 2005: 137). Esta compreensão, para além de nos dar os elementos constitutivos da música, apresenta-nos ainda três eixos fulcrais para o bem-estar do ser humano, como que inter-relacionados de forma íntima e mesmo indissociada com os primeiros compostos musicais.

Outros consideram que é função do profissional de musicoterapia analisar os elementos específicos da música antes da sua utilização terapêutica para perceber se estes coincidem com os objectivos terapêuticos pois a música provoca respostas fisiológicas e psicológicas como a imagética ou as associações (cf. Heal & Wigram, 1993: 159).

A melodia caracteriza-se por variações com sentido estético sendo que, “a melodia actua sobre os sentimentos e emoções, dizendo directamente respeito aos estados da alma, às

paixões, ao coração” (Sousa, 2005: 136). Neste sentido compreendemos que a melodia funciona no ser humano na base das emoções sendo que, ela é linear, é uma só ainda que possa ser totalmente ornamentada. Por estas componentes a melodia é apaziguadora acalmando as aflições (cf. Lewis, 2003: 12) bem como outros sentimentos perturbadores do indivíduo.

Alberto Sousa defende ainda a existência de três características musicais que influenciam grandemente o ser humano. Refere-se à frequência ou altura, à intensidade e ao timbre (cf. Sousa, 2005: 132). Relativamente à frequência, altura ou volume e intensidade da música utilizada, Caminha explica que o

“[...] complexo corpo/ mente é um medidor de frequências (que percebemos como recortes de tempo) e toda a nossa experiência sonora e com a música passa por certos padrões de pulsação somáticos e psíquicos, com os quais jogamos ao ler o tempo e o som” (Caminha *et al*, 2009: 3).

Sabemos ainda que a musicoterapia pode não necessitar de música instrumentalizada ou gravada. O ser humano, tendo em conta as suas próprias capacidades físicas, pode produzir música. A voz é o instrumento que, mais ou menos afinado, em cada um existe e pode ser utilizado de forma fácil e gratuita.<sup>33</sup> Desta forma Fregtman considera que “integrar a música à terapia é integrar o corpo, porque a música é feita, dita, tocada e cantada como manifestação corporal” (Fregtman, 1989: 17).

No que respeita concretamente à influência da música na pressão sanguínea, ao ser relaxante e assim tranquilizante, provoca um conhecimento dos efeitos concretos da música sobre a regulação do ser humano (cf. Leinig, 1977: 48). Já relativamente à energia ou força muscular pode dizer-se que num estudo empírico as estimulações “sonoras agradáveis determinavam geralmente, um aumento da força muscular, enquanto que as desagradáveis provocavam a sua diminuição” (Leinig, 1977: 49).

Quanto a desordens gástricas e psicossomáticas percebe-se claramente que tudo o que possa causar emoções positivas e relaxamento no momento em que se efectua a ingestão dos alimentos previne complicações gástricas e possibilita uma digestão adequada. Para tal, a música apaziguadora é indicada (cf. Leinig, 1977: 49) e promotora do bom funcionamento digestivo.

---

<sup>33</sup> “[...] a inserção da musicoterapia, utilizando como principais recursos a voz e o corpo, instrumentos que todos os indivíduos possuem, viabiliza a implantação dessa forma de atendimento em outros projetos na área da saúde pública” (Zanini *et al*, 2009: 10).



Do mesmo modo podemos deixar a referência multidimensional de benefícios inerentes à prática da musicoterapia como “a adequação do desenvolvimento motor, a estimulação de fala, estruturação do ego e/ou fortalecimento da auto-estima etc.” (Nascimento, 2006: 87).

#### **1.2.2.5. Objectivos da Musicoterapia**

Compreendemos com a análise anterior que a musicoterapia pode conter inerente em si mesma uma multiplicidade de objectivos e definições. Assim sendo, procuramos compreender com distintos autores as orientações objectivas desta terapêutica em geral.

Começamos por perceber que a musicoterapia contribui para a prevenção da doença em grande escala. Para além de ser uma terapêutica que possibilita a reabilitação, a musicoterapia percebe-se também essencial para a manutenção do estado de saúde. Portanto, para que seja possível ao ser humano prevenir doenças provindas da azáfama do quotidiano, é necessário que este permanentemente liberte tensões e preocupações através de sessões de musicoterapia (cf. Leinig, 1977: 51).

Da mesma forma entende-se a musicoterapia como um mecanismo de descarga energética de tensões acumuladas onde se pode manter o equilíbrio pela manifestação sonora.

“Produzindo música, criando sons, estas tensões podem-se expressar de modo muito directo e das mais variadas formas, chegando por vezes a sair até de modo explosivo, proporcionando situações de catarse, de compreensão e de sublimação” (Sousa, 2005: 131).

Por tudo isto se percebe agora claramente que enquanto processo terapêutico,

“O objectivo primordial da Musicoterapia não é a música [...] mas o alívio do sofrimento psíquico através de produções no mundo dos sons. Não interessa o tipo de sons, de música ou de ruído que os pacientes produzem, mas que os produzam, que os criem, que através deles expressem os seus sentimentos e emoções” (Sousa, 2005: 127).

Diferentemente da produção musical, que tem como pressuposto um produto esteticamente agradável, ou ainda em distinção da educação musical que tem por objectivo o ensinamento e a transmissão de linguagem musical, a musicoterapia tem por prioridade perceber os problemas do indivíduo através da música consciencializando-o através da audição e da produção musical (cf. Bruscia, 1997: 23). Um outro objectivo desta terapêutica é “provocar e libertar sentimentos reprimidos. Através da expressão sonora (batidas, gritos, cantos, ruídos) é possível libertar essas emoções retidas” (Fregtman, 1989: 55) e trazer serenidade e compreensibilidade ao mundo da pessoa em musicoterapia. Tendo em consideração esta objectivação Alberto Sousa focaliza concretamente a pretensão da musicoterapia ao desmistificar

esta prática afirmando que não se pretende que o cliente saiba música, interessa somente aliviar o sofrimento através da produção de ruídos e sons musicais (cf. Sousa, 2005: 128). Percebemos plenamente que o ser humano, enquanto ser consciente, é também tendencialmente sofredor em sua essência. Para além do sofrimento da raça humana percebemos ainda que cada sujeito pode ter, muitas vezes, inerente ao seu estado patológico, um estado de sofrimento que pode ser desconstruído através da musicoterapia. O alívio de estados de sofrimento em que se possa encontrar o indivíduo é fulcral nesta abordagem pois, sabemos as potencialidades da música que, acima de tudo, “tem o poder de alterar o nosso estado de espírito \_ seja ele qual for” (Lewis, 2003: 16) e nos eleva num estado de consciência capaz de inibir a dor e o sofrimento.

Do mesmo modo a música influencia o ser humano enquanto mecanismo de mudança de ritmo vivencial. Segundo Benenzon o processo interactivo entre movimento e criatividade demonstra que a música tem a virtude de seduzir os indivíduos de forma a permitir a penetração no seu íntimo ampliando espaços para a reabilitação (cf. Benenzon *et al*, 1997: 99). Novos espaços e novas amplitudes de percepção da vida ao alcance do indivíduo é o que a musicoterapia, considerando estes parâmetros, nos pode facultar. Do mesmo modo e de forma mais concreta compreende-se que os objectivos da mudança terapêutica em musicoterapia podem ser revelados por uma diversidade imensa de sinais corpóreo-emocionais.<sup>34</sup> Desta forma, tal como a musicoterapia pode influenciar os mais distintos âmbitos no bio-psico-sociológico do ser, ela tem uma multiplicidade de finalidades que, no nosso entender, são retratadas claramente por Kenneth Bruscia ao afirmar que estes objectivos podem ser educacionais, recreativos, de reabilitação, preventivos ou psicoterapêuticos, motores, emocionais, intelectuais ou espirituais (cf. Bruscia, 1997: 16).

Depreendemos que o processo educativo é permanente e abrange todos os âmbitos do ser em constante desenvolvimento através da musicoterapia. Desta forma, ao analisarmos a necessidade muitas vezes urgente de processos de redefinição de trajecto educativo neste contexto, a musicoterapia “encontra um grande campo de aplicação em pedagogia sobretudo na reeducação de pessoas com “handicaps” físicos, com problemas sensoriais” (Mourão, 1996: 28) auxiliando na sua reintegração no mundo, mas inicialmente e principalmente, consigo mesma. Compreendemos com isto que a musicoterapia delineia a trajectória a seguir. Através

---

<sup>34</sup> “Los objetivos de cambio terapéutico en Musicoterapia son fisiológicos, psicofisiológicos, sensomotrices, perceptuales, cognitivos, conductuales, musicales, emocionales, comunicativos, interpersonales y creativos” (Bruscia, 1997: 69).

da musicoterapia, uma consciência de si e do mundo, no nosso entender, possibilita ao indivíduo optar por este ou aquele caminho pois, sente-se encontrado ainda que com suas especificidades. Assim, estas práticas terapêuticas “permitem um mapeamento de saberes, perspectivas, discussões e práticas envolvidas na promoção da saúde” (Tesser, 2009: 4).<sup>35</sup> Deste modo pode entender-se a pessoa como especial em si mesma pois, através da musicoterapia, são conseguidos efeitos “que podem produzir criação, libertação, mas também normalização, delimitação, entre outros” (Guazina & Tittoni, 2009: 5) naturalizando e dando oportunidades ao cliente de ir em busca da sua maior carência.

Um objectivo deste processo terapêutico, ainda que generalizado é que procura sempre a compreensão e o extravasamento de emoções e de pensamentos buscando o mais íntimo de cada ser para proporcionar liberdade e organização (cf. Sacks, 2008: 338) pois o indivíduo passa a ter um auto-conhecimento muito mais amplo e assim se regula com maior facilidade.

Para além disto, como temos vindo a verificar, a musicoterapia permite uma interacção com as pessoas e o meio, o que muitas vezes é limitado tendo em conta certas doenças. Neste sentido

“[...] podemos dizer que ela se dirige a todos os indivíduos que apresentam distúrbios de comunicação. Também se pode utilizar o termo socialização. De qualquer forma, as possibilidades de escolha são muitas” (Ducourneau, 1984: 73).

Exemplificando, indivíduos que possuem graves disfunções comunicativas são os portadores de deficiência mental. Para a actuação musicoterápica com estes pacientes tem-se por norma a simplificação, recorrendo a invenções ou audição de músicas simples por parte do cliente ou do musicoterapeuta (cf. Costa, 1998: 20). Na mesma perspectiva está a musicoterapia para crianças de tenra idade.<sup>36</sup> Esta nova ciência ao trabalhar com crianças tem também objectivos elevados sendo que, deve sempre procurar desafiar a criança o mais possível para a proliferação do seu ser, auto-estima, autonomia, conhecimento de suas potencialidade e limitações. Neste caso concreto os objectivos podem ser percebidos pelo melhoramento do

---

<sup>35</sup> Procuramos expor concretamente “experiências que os possibilitam desenvolver um razoável grau de sabedoria prática, ética e solidariedade, que deixam seu proceder suficientemente “empoderador”, dialogal e promotor de saúde” (Tesser, 2009: 8) um saber que conhece e que se compreende em todas as suas potencialidades e limitações, passando o paciente a compreender-se como um ser humano “com vida”, igual aos outros em todos os seus direitos e deveres.

<sup>36</sup> “Nestes casos, a música desenvolve a sua actuação com vista a melhorar o quadro clínico destas crianças no sentido de estabelecerem uma terapia, e por isso evoluem para a proclamação de uma ciência nova, a Musicoterapia” (Costa, 1998: 9).

estado sensório motor, maior desenvolvimento das capacidades cognitivas, reforço da relação com parentes directos e assim proporcionar um elevado crescimento emocional (cf. Bruscia, 1997: 89).

Outros autores vêm enfatizar os benefícios da musicoterapia tendo em consideração a necessidade de distração ou alienação dos problemas o que remete o indivíduo para um menor sofrimento. Neste sentido a musicoterapia é praticada com o objectivo de reduzir a ansiedade e estados de ânimo alterados. Dentro desta perspectiva Even Ruud afirma, no nosso entender de forma bastante reducionista que “A música pode trazer um alívio temporário para problemas da vida” (Ruud, 1990: 19). Depreendemos ao analisar a afirmação anterior que, a música se compreende como uma prática utilizada para a potenciação da saúde e, portanto, assim se entende toda a variância metodológica. Identifica-se uma similaridade entre os objectivos terapêuticos da musicoterapia e da medicina pois, cada aplicação médica é efectuada a um paciente em concreto, um ser único com especificidades, bem como a musicoterapia ou qualquer outra prática de terapia. Como objectivo da musicoterapia, para além dos já apresentados referimos ainda a valorização do funcionamento do sistema imunológico (cf. Heal & Wigram, 1993: 156).

Findamos esta conceptualização com o contributo de Révész que apresenta uma perspectiva onde se constata que mais do que provocar a explanação de sentimentos a música possibilita uma reacção real aos mais diversos níveis do indivíduo, dando prazer e provocando inúmeras sensações (cf. Révész, 2001: 131).

### **1.3. História da Educação**

Efectuando uma contextualização histórica da evolução e presença da educação na vida do ser humano pode considerar-se que a educação sempre existiu e sempre foi praticada, mais ou menos explícita e conscientemente, desde as sociedades primitivas. Roger Gal afirma que “a educação é o acontecimento primordial da humanidade, o que talvez caracteriza melhor a espécie humana” (Gal, 1976: 16). Este mesmo autor faz referência à importância de uma educação em torno da comunidade vigente, comportamentos compreendidos e empreendidos através de uma hereditariedade de costumes e crenças.

“[...] pode dizer-se que a educação nunca foi tão actuante como nessas sociedades primitivas em que a criança, logo que podia, participava das ocupações dos seus pais, dos adultos do seu clã ou tribo” (Gal, 1976: 16).

Cerca de quatro milénios antes da era cristã podemos rumar, nesta viagem pelo tempo, para um dos que foi até aos nossos dias, dos maiores impérios civilizacionais do mundo, referimo-nos à antiguidade Egípcia. Compreendemos a importância de associar a existência de um sistema educativo mais ou menos organizado. Ao explicitarmos a componente educativa no antigo Egipto estamos a fazer referência a um verdadeiro sistema educativo onde educar está intimamente relacionado com organizações sociais específicas (cf. Gal, 1976: 21), educação pela existência de uma vasta organização social e comunitária, tal como afirmamos anteriormente. De forma mais concreta pode afirmar-se a existência de dois tipos de educação no antigo Egipto:

“[...] para as pessoas do povo era essencialmente prática e profissional, familiar ou corporativa e, neste caso, limitava-se a proporcionar um ofício [mas para os mais abastados] uma educação intelectual elementar que se limitava à leitura, à escrita, ao cálculo simples e à geometria prática exigida pela vida e em especial pela fixação dos limites das propriedades cobertas depois de cada inundação pelo lodo do Nilo” (Gal, 1976: 23).

Identificamos ainda um terceiro nível educativo no Egipto que era um nível de educação superior, reservada a sacerdotes, arquitectos, médicos e escribas (cf. Gal, 1976: 23).

No mesmo tempo histórico, em outras partes do planeta, desenvolviam-se sistemas educativos paralelos. Na Índia existia “um tipo de educação totalmente submetido a um sistema social e unicamente destinado a perpetuá-lo” (Gal, 1976: 24) o que se vem reflectindo no povo Hindu até à actualidade.

Na China, tal como na Índia, podia encontrar-se

“[...] um tipo de educação que iria durar quase até aos nossos dias. Este fenómeno singular de permanência de um sistema educativo explica-se pela sua própria inspiração, pelo papel excessivo que nele desempenha a tradição” (Gal, 1976: 28).

e, mais uma vez, as exigências culturais implicadas a um povo.

Anos mais tarde, cerca de seis séculos antes de Cristo, no império Persa surgiu também um sistema de educação puramente aristocrático, combatente e moral (cf. Gal, 1976: 27).

Importa fazer referência à educação propagada pelo povo Hebreu da região do médio oriente, cerca de dois mil anos antes de Cristo. Nestas origens se expõe o povo judeu para os quais a Bíblia é regedora e se encontra repleta de conselhos educativos<sup>37</sup> portanto, pode

---

<sup>37</sup> “A Bíblia que o inspira está repleta de conselhos sobre educação. Os sentimentos de justiça que animam os profetas judeus, o universalismo latente que brilhará com o cristianismo, vão

considerar-se a Bíblia como o instrumento educativo por excelência deste povo, que possibilitava o seu desenvolvimento e integridade bem como o despoletar de inovação e talentos.

A educação na antiguidade clássica, na Grécia antiga, é um dos sistemas do passado que mais nos importa fazer referência pelo facto de possuímos vastos dados acerca da sua complexa formalização e implementação sócio-comunitária. É nesta medida que ao falarmos da educação na Grécia politeísta “chamou-se «milagre grego» a esta eclosão da arte, do pensamento, da ciência e mesmo da política” (Gal, 1976: 33). Nesta perspectiva à educação se compreendem todas as áreas de desenvolvimento e criação humana.

Aristóteles foi um dos grandes pensadores gregos, precursor da educação no tempo antigo. Este pedagogo “ensinou no Liceu, um “ginásio” que, sob a sua direcção, se tornou uma das escolas mais notáveis da Antiguidade” (Sousa, 1981: 72). Acima de tudo foi fundador de um novo pensamento.<sup>38</sup> Mas devemos considerar que Aristóteles foi discípulo de Platão, que por sua vez tinha fundado a famosa Academia de Atenas (cf. Sousa, 1981: 69), também ela um prestigiado sistema educativo que acompanhava os seus alunos durante toda uma vida. A Academia era “concebida como uma instituição de investigação, uma escola que vai da matemática à dialéctica” (Mialaret & Vial, 1984: 149).

Tendo em consideração a formação geral nestas instituições de educação clássica, a educação passava por diversos graus de ensino, desde a escola primária ao ensino superior. A lógica desta formação pode considerar-se holista pois para os fundadores da Academia e do Liceu a “educação prepara esta predilecção pelas coisas do espírito que deverá acompanhar toda uma vida [...] A educação pode conduzir a uma ciência salutar e sagrada” (Mialaret & Vial, 1984: 154) pode possibilitar ao ser humano ser cada vez mais ser humano, no seu conhecimento permanentemente crescente das coisas e do universo.

Impossível seria não fazer referência ao sistema de educação que se encontrou, durante séculos, na retaguarda destas práticas de emancipação da espécie humana, a *Paideia*. Assim, entende-se a necessidade do caminhar do ser humano para a “perfeição”. Para isso na

---

inspirar não só as literaturas, as artes de muitas nações, mas as filosofias, os ideais laicos, e vão triunfar, após transformações diversas, mesmo em certos princípios da Revolução Francesa” (Gal, 1976: 31).

<sup>38</sup> “[...] o fundador de uma nova escola de pensamento, o Liceu [...] É que este filósofo preocupe-se menos com o sistema e muito mais com uma pedagogia concreta; não reduz a educação a um ensino puramente racional; pensa que a virtude se forja pelo hábito e pelo exercício” (Mialaret & Vial, 1984: 152).

antiguidade clássica procurava-se cultivar, pelas palavras de Aristófanes, a perfeição do Homem, de peito robusto, ombros largos e pele clara, um verdadeiro desportista que no entanto era sabedor da poesia e da música (cf. Mialaret & Vial, 1984: 142) também artes cultivadas pelo idealismo da *Paideia*.

Referindo-nos a Pitágoras, pai da educação pela música, pode dizer-se que este pensador grego compunha peças musicais considerando sempre a existência da música em consonância com a numeração pelos intervalos temporais e harmónicos, percebendo a distinção entre a harmonia sensível e inteligível (cf. Mialaret & Vial, 1984: 142)<sup>39</sup>. Com esta constatação pode compreender-se que Pitágoras percebia a dimensão holista da educação e assim lhe correspondia a música para um maior desenvolvimento do ser autêntico pelo sensível. Pode dizer-se que em Pitágoras sobressaía o ideal da *Paideia* grega, que se reflectia como “a cultura dos espíritos adquirida pela educação” (Mialaret & Vial, 1984: 146). Podemos concretamente afirmar que, no nosso entender, à *Paideia* corresponde o sentido primeiro da educação, por isso se percebe que os mesmos autores refiram que através da *Paideia* o indivíduo é volvido de luminosidade da verdade sensível e até inteligível (cf. Mialaret & Vial, 1984: 147).

Na antiguidade clássica existiam, ao serviço da comunidade, homens de conhecimento que se dedicavam ao ensino dos cidadãos da cidade, estes sabedores eram os sofistas.

Depois da organização de um sistema educativo grego, os romanos vieram herdar algum do virtuosismo dos antigos contudo, a educação tornou-se um acto muito mais familiar por isso, quando a criança (somente do sexo masculino) atingia os sete anos de idade o seu pai, ou em falta deste um tio, tomava a sua educação que se configurava numa lógica muito mais moral e cívica do que cultural (cf. Mialaret & Vial, 1984: 174). Este tipo de educação procurava, sem dúvida, a formação do cidadão e também do homem para a guerra.

No entanto a formação anterior só era efectivada em certas famílias. Assim, quanto à escolarização de filhos de camponeses tudo era diferente, eram ensinados elementos práticos

---

<sup>39</sup> “Assim se estende a *musiké* a uma educação da alma (Pitágoras teria sido o primeiro a falar de «Filosofia»), e simultaneamente a uma cultura literária e científica. Para esses estudos superiores, Pitágoras forja uma instituição que forja de modelo às escolas dos filósofos, particularmente à Academia de Platão: com um local, algumas regras, uma pedagogia progressiva da iniciação e uma racionalização dos exercícios intelectuais” (Mialaret & Vial, 1984: 142).

como a leitura, a escrita, o cálculo e posteriormente uma preparação para práticas agrícolas, mercantis e, também a estes, uma preparação militar (cf. Gal, 1976: 41).<sup>40</sup>

Tal como na Grécia a existência da figura de um professor/ orientador/ educador (pedagogo) é premente contudo, este não partilha de liberdade e posição social favorável. Este pedagogo é um escravo responsável por acompanhar a criança nas suas actividades escolares, tendo por missão enriquecer o menino a nível intelectual e moral o mais possível (cf. Mialaret & Vial, 1984: 176).

Apesar das heranças educativas advindas da riqueza da antiguidade clássica, foi em Roma que se afundou o conhecimento científico, já trazido dos gregos. “No Ocidente o ideal educativo será quase unicamente literário e verbal” (Gal, 1976: 44) o que se prolongou por séculos na Europa.

Entramos agora na Idade Média, tempo de conquistas cristãs, mas de uma esterilidade de pensamento e criação crescente e abrupta. Referimos que a Idade Média foi, a nível educativo, um tempo para andar ao revés, depois da imensidão cultural e intelectual deixada pelos filósofos da Grécia, a Igreja apoderou-se da sociedade de tal forma que a transformou em meros seguidores de predisposições interesseiramente construídas. Até determinado tempo “a formação moral, a educação física, não fazem esquecer o essencial da cultura antiga, o desenvolvimento intelectual” (Mialaret & Vial, 1984: 202) contudo, este tipo de educação tornava-se cada vez mais opressiva e inapropriado.

Surgiram, com o alargamento acentuado do cristianismo e a implementação de espaços apropriados para a formação dos homens da Igreja, as escolas de clérigos.<sup>41</sup> As designadas escolas eclesiásticas tinham a pretensa da escolarização do povo nas paróquias portanto, enquanto

“[...] preparavam a escola eclesiástica, os bispos tinham um outro objectivo, que era a instrução religiosa do povo. Com efeito, a Igreja faz com que o seu esforço incida na evangelização das massas rurais e urbanas” (Mialaret & Vial, 1984: 204)

---

<sup>40</sup> A pretensão é que “a educação ensine à criança a sua profissão de proprietário rural, de soldado, e que nela inculque também a ética ancestral que subordina o indivíduo a um ideal superior, Roma e a *Res Publica*” (Mialaret & Vial, 1984: 173) Ideal comunitário que poderíamos designar por construção moral.

<sup>41</sup> “A Igreja não esteve à espera que as escolas antigas desaparecessem para organizar as suas próprias escolas, no âmbito da paróquia e da diocese” (Mialaret & Vial, 1984: 203).



o que passava somente pelo aprendizado da leitura essencial, que era a Bíblia. Com um acesso extremamente limitado ao conhecimento as populações mantinham-se na incompreensão e na obscuridade da fixação.<sup>42</sup>

A educação era influentemente necessária na época pois se por um lado se proferia a limitação, por outro se procuravam incitar valores humanitários onde as diferenças de classe eram reprimidas (cf. Gal, 1976: 45). Um exemplo disto mesmo foi S. Jerónimo que se ocupou “por exemplo, da educação das raparigas, assunto novo na pedagogia” (Gal, 1976: 46).

Pelos séculos VII e VIII reinava já uma educação totalmente cristã. Os conhecimentos de latim são indispensáveis nesta época pois, só através da língua latina se conseguia ler a Bíblia e compreender a eucaristia (cf. Mialaret & Vial, 1984: 208).

Com as invasões bárbaras “são os mosteiros que existem na Europa, aqui e ali, que se vão tornar o último refúgio da cultura e da civilização” (Gal, 1976: 47) e assim de todas as formas de educação, incluindo, como anteriormente vimos, da música e da prática médica. Nestes mosteiros, os monges estudam principalmente o cálculo, designado cômputo, e até astronomia (cf. Mialaret & Vial, 1984: 208).

Com o império a cargo de Carlos Magno, e posteriormente seus descendentes, a educação teve um lugar primordial na história da Idade Média.

“O período carolíngio (meados do século VIII – finais do século IX) é considerado a idade de ouro das escolas e dos educadores. Acabámos de verificar que aquilo a que se chama «renascimento carolíngio» foi preparado antes do advento de Carlos Magno. Mas o grande imperador teve o mérito de voltar a dar um impulso às escolas e aos centros de estudo e, deste modo, de estabelecer duradouramente as bases da cultura ocidental” (Mialaret & Vial, 1984: 212).

Para a implementação deste sistema de ensino, recorrendo à pessoa de Alcuíno, Carlos Magno transforma o monge em ministro da educação, dirigindo também a escola do palácio, para os filhos dos nobres (cf. Gal, 1976: 49). Alcuíno, monge inglês, tornou-se portanto o fiel orientador e coordenador da reforma de Carlos Magno no sistema educativo.<sup>43</sup>

O mais interessante é a inserção da escola pública, do ensino acessível a todos. Assim, nas escolas rurais os padres passaram a receber de forma gratuita as crianças, ensinando-lhes o

---

<sup>43</sup> “Além de mandar abrir numerosas escolas públicas, pelo que ainda hoje é celebrado como patrono dos Liceus em França, Carlos Magno instituiu junto da sua corte, em Aix-la-Chapelle, uma espécie de Academia, com uma biblioteca, que ficou conhecida pelo nome de escola Palatina e de que ele próprio era membro e interessado participante” (Sousa, 1981: 145).

aprendizado fundamental (cf. Mialaret & Vial, 1984: 212). No entanto, não tardava a que esta escola, e suas áreas de abordagem, fossem recriminadas. Por volta do século XI

“Numa época em que a reforma da igreja requer um aprofundamento da cultura religiosa, certos reformadores criticam abertamente uma escola demasiadamente aberta às ciências seculares. O estudo demasiadamente aprofundado dos autores pagãos, a leitura das narrações mitológicas, «invenções de poetas em delírio», desviam o aluno das verdades cristãs” (Mialaret & Vial, 1984: 225).

e assim se afunilavam cada vez mais as mentes e se inibe o conhecimento e a verdadeira criação.

Contudo, devemos salientar o mérito da organização de um sistema escolar organizado nesta época da história da humanidade pois, sabemos que a civilização medieval, apesar dos pesares, desde o século XI até ao século XV, constituiu uma rede escolar sólida (cf. Mialaret & Vial, 1984: 261).

Deve ser explicitada a finalidade destas mesmas escolas, pois estas cingiam-se para utilização dos elementos do sexo masculino, pertencentes a uma classe social elevada.

“As escolas medievais nunca acolheram mais que uma minoria (quase exclusivamente masculina) [...] Relativamente a todos os outros, a educação era portanto recebida num âmbito totalmente diferente: na família [...], na classe etária [...], na formação prática recebida em casa de um «mestre», casa que não era a residência familiar, em casa do patrão no que se refere ao jovem operário, na corte do príncipe relativamente ao pagem, em casa do cura ou do notário no que ao menino de coro se refere” (Mialaret & Vial, 1984: 261).

portanto prevalecia, para uma grande maioria dos cidadãos, uma educação familiar e quase exclusivamente laboral.

O que podemos constatar é o facto de que a “real educação”, a concreta educabilidade humana, plena e constante para a qual os gregos vinham trabalhando, ficou totalmente entorpecida na idade das trevas. O conhecimento e a criação da pessoa humana em si mesmo e no outro deixou de existir. “A preocupação de uma cultura geral, do despertar em cada aluno da sua personalidade, da sua «humanidade», eram secundárias” (Mialaret & Vial, 1984: 262).

No entanto, tal como a existência de escolas, ainda na Idade Média entre o século XII e XIII, surgiram as universidades o que vem despontar o pensamento investigatório.<sup>44</sup> Mais concretamente as primeiras Universidades surgiram em Paris e Bolonha, depois de lutas pela

---

<sup>44</sup> “[...] o que conta mais no contributo da Idade Média é ainda a organização do sistema de ensino superior ou universitário que vai florescer nas grandes universidades europeias” (Gal, 1976: 51).

educação. Posteriormente o seu percurso foi divergente contudo ambas as cidades se distinguiram pela sua inovação. “Pouco mais ou menos contemporâneas, estas duas universidades, de longe as mais importantes da Europa medieval, desenvolveram-se de forma muito diferente” (Mialaret & Vial, 1984: 269).

A educação concedida ao povo, tal como vimos anteriormente, continuava a limitar-se à religiosidade, “este ensino popular compreendia a leitura, a escrita, a ortografia, a aritmética e o catecismo – sendo a finalidade religiosa sempre a principal” (Gal, 1976: 74) e uma educação mais eloquente apenas acessível a uma pequena elite social.

O período renascentista veio trazer ao indivíduo uma expansão progressista acentuada pela permissão à utilização da criatividade e investigação acerca do Homem e da natureza.<sup>45</sup> Desta mesma forma, até ao século XVIII e depois da Idade Média, a educação veio sofrendo uma enorme redefinição e democratização contudo, estes séculos, ainda não foram suficientes para atingir todas as faixas sociais.

Com o renascimento surgiu o protestantismo e suas práticas educativas igualitárias. “Lutero uniu a acção à pregação e, ajudado por Mélanchton, organizou as escolas de Saxe e de Turingia” (Gal, 1976: 68).

Uma forma de ensino vigente na época é aplicada nos colégios jesuítas utilizados como mecanismos de contra reforma, para a propagação pagã (cf. Gal, 1976: 69). Com toda a força, a Igreja Católica, que até então dominava todos os âmbitos culturais e sociais, procura restabelecer o seu domínio e ordem através de movimentos de contra reforma. Nesta reacção formaram-se tropas que combatiam a inovação em nome de Jesus e por isso mesmo se denominava este exército por Companhia de Jesus.<sup>46</sup>

Surgiu o movimento das ideias pedagógicas, um movimento que assente em pedagogias tinha por intuito renovar a sociedade formando um novo tipo de Homem civil participante, amável, liberal e contudo, culto (cf. Mialaret & Vial, 1984: 249). Esta é a época dos humanistas, e com as ideias destes inovadores são realçadas as alterações efectivas nas práticas educativas.

---

<sup>45</sup> “No século XVII, começa-se a admitir, com todos os riscos que isso comporta, que o universo não é finito, mas infinito; a alienação do homem desliza da religião para a sua própria razão, para a ciência” (Mialaret & Vial, 1984: 179).

<sup>46</sup> “O primeiro objectivo da Companhia de Jesus, de que Paulo III tinha autorizado a fundação e o desenvolvimento em 1540, não deixava lugar à dúvida: trata-se de formar bons soldados da Igreja de Roma capazes de combater, na Europa, os heréticos e os rebeldes, e no resto do universo, de converter os pagãos. [...] A finalidade e os métodos da educação jesuíta ressentir-se-ão, simultaneamente, deste objectivo fundamental e da organização interna e quase militar da Ordem fundada por Inácio de Loiola” (Mialaret & Vial, 1984: 196).

“A educação do homem moderno, corresponde perfeitamente a esta transformação da pedagogia e a esta nova filosofia do homem que os humanistas não só prepararam ou inspiraram, como frequentemente praticaram ao vivo pela palavra, pela caneta e pela acção” (Mialaret & Vial, 1984: 155).

Acima de tudo começou a identificar-se no educando e no educador potencialidades mútuas e libertas, possíveis e passíveis de admissão de consciências inéditas, o que foi buscado à antiguidade helénica, aos princípios da filosofia clássica.<sup>47</sup>

Propulsor de uma educação inovadora e democrática foi Comenius, que viveu durante o século XV sendo o primeiro sabedor teórico e empírico da sua era, pois forneceu conhecimentos pedagógicos reformistas e assim actualizados (cf. Mialaret & Vial, 1984: 189).

Nos séculos XV e XVI, as instituições de ensino superior espalhadas pela Europa apresentavam grandes dissonâncias entre si. Nesta época transitória as ideologias eclesiásticas deixavam de ter o peso da balança totalmente para seu lado contudo, em particular nos países próximos de Roma, ainda se sentiam severas influências opressoras à educação superior, enquanto meio de investigação por excelência.<sup>48</sup>

Referenciando um pouco a problemática de género constitutiva na nossa história, apesar das inovações que vinha sofrendo o sistema educativo da época “a educação, no Renascimento, é ainda maioritariamente masculina” (Mialaret & Vial, 1984: 167).

Importa referenciar ainda que, desde o final da Idade Média que a educação tem sido progressivamente alterada, mas considerada com um papel primordial para a formação da grande maioria dos cidadãos. Por isso se afirma que,

“[...] assiste-se desde o fim da Idade Média até aos nossos dias a um longo e obstinado movimento de escolaridade, por outras palavras, à aculturação duma sociedade oral pelos indivíduos da escrita, da ordem moral, da boa «polícia», da racionalidade” (Mialaret & Vial, 1984: 212).

Depois dos movimentos reformistas surge o iluminismo no chamado século das luzes, século XVIII, quando a Idade Média e sua consciência opressora chegam totalmente ao fim.

---

<sup>47</sup> O “Clima educativo eminentemente socrático ou platónico, em que as relações entre professor e aluno são feitas de confiança e de respeito recíproco” (Mialaret & Vial, 1984: 159).

<sup>48</sup> “[...] a Universidade de Pádua é, no domínio médico e filosófico, muito avançada em relação às outras universidades da Europa; a Faculdade de teologia de Paris conserva métodos medievais de ensino e critérios de julgamento que ignoram a revolução humanista, enquanto na mesma época [...] um Lefèvre de Etaples explica, no colégio Cardinal-Lemoine, Aristóteles, a filosofia hermética e a Bíblia com um espírito crítico [...] Na Inglaterra dos Tudors, no fim do século XV, a Universidade de Cambridge é conservadora, a de Oxford inovadora” (Mialaret & Vial, 1984: 160).

Chegando ao século das luzes são identificadas vastas revoluções no ensino universitário. “No total, em 1789, a Europa possuía cento e vinte universidades” (Mialaret & Vial, 1984: 227).

Todo o clima revolucionário e de liberdade implicado no século XVIII serviu para que, já nos seus finais, se retomassem a importância de uma educação pública como direito dos cidadãos e dever do governo (cf. Gal, 1976: 92).

Preparou-se assim uma revolução pedagógica que acabou por ocorrer no século XIX, onde se preconizou a educação moderna.

“A educação moderna nasceu, na sua concepção, da conjugação de um certo número de acontecimentos económicos, sociais, políticos e morais [...] procedeu à mais radical transformação conhecida, mudando os professores e, por consequência, a tradição que inspirava até aí a educação” (Gal, 1976: 83).

Ainda durante o século XIX surgiram as designadas Ciências da Educação, enquanto âmbito científico de estudo do ser humano. Foi nos finais do século XIX e princípios do século XX, com a vivência de um ambiente positivista, que proliferou a curiosidade pelos conhecimentos científicos relativos à pessoa humana (cf. Mialaret, & Vial, 1984: 479).

As Ciências da Educação, tal como são indicadas no plural, são surgidas da biologia, sociologia e psicologia, e por isso, ciências e não ciência. Portanto, “essas três disciplinas persuadiram a que se consultassem todas as disciplinas capazes de esclarecer o processo educativo e de lhe assegurar o benefício dos mais diversos contributos” (Mialaret & Vial, 1984: 481).

Como sabemos a industrialização trouxe elevadas alterações sociais, económicas e comunitárias às populações. Assim, quanto à educação em

“[...] países desenvolvidos, a instauração do ensino agrícola é levado a efeito na segunda metade do século XIX e no início do século XX [...] a escola primária dirige-se a uma população ainda maioritariamente rural, ministrando geralmente noções agrícolas enquanto vai alfabetizando as crianças do campo” (Mialaret & Vial, 1984: 410).

Também o ensino superior, em pleno século XX, vem sofrendo alterações pois, seguidamente ao término da segunda guerra mundial, as distintas formas de educação superior foram alteradas considerando as mudanças de mentalidades a ocorrer na época (cf. Mialaret & Vial, 1984: 419), aumentando em muito o número de estudantes, o que se vem sentindo até à actualidade.

Devido à educação, as noções de inclusão do diferente surgem e para tal procura dar-se uma resposta efectiva através do ensino adaptado para crianças e adolescentes inadaptados ou diminuídos. Dá-se o início da educação especial.<sup>49</sup>

O grande desafio das Ciências da Educação, ainda hoje, está patente na compreensão concreta da necessidade de articulação entre diversos âmbitos de actuação, para que a construção do indivíduo seja plena. Assim, durante o século XX, um dos maiores desafios destas ciências foi demonstrar que, a educação escolar, não é mais que uma das fases de um processo educativo permanente, comunitário e ao longo de toda a vida (cf. Oliveira, 2008: 1). Percebe-se actualmente que a “educação permanente é tributária de todas as categorias de ensino, de formação e de educação, cuja transformação radical ela exige” (Mialaret & Vial, 1984: 358).

Aquilo que hoje podemos acrescentar, sem dúvida, aproveitando as palavras que Roger Gal escreveu na década de 70 do século passado mas que permanecem intemporais, é que a “educação está na ordem do dia. Como nenhum outro sector reflecte as indecisões políticas, a instabilidade provocada, em suma, a realidade social” (Gal, 1976: 158).

---

<sup>49</sup> “O aparecimento de estruturas de educação especial parece processar-se numa ordem constante, relacionada com a evolução do ensino em geral, ela própria mais ou menos determinada pela evolução das formas de produção dominantes e pela evolução que dela resulta, a evolução da sociedade” (Mialaret & Vial, 1984: 431).

## 2. NEUROLOGIA MUSICOTERÁPICA

“A harmonia dos diversos elementos transforma a dissonância do mundo numa unidade que a alma reconhece como um velho amigo” (McFarlane, 2002: 47).

### 2.1. Neurologia – Como se Passa o Processo de Recepção da Música pelo Corpo

Nesta abordagem procuraremos esclarecer minimamente o processo através do qual a música, enquanto elemento de reabilitação e tratamento, entra no organismo humano e actua sobre ele de forma positiva.

Consideramos que se deve entender a musicoterapia dentro de distintas áreas científicas, de entre as quais a neuropsicologia. Nesta medida, contextualizando historicamente, pode afirmar-se que a neuropsicologia implicada na música nasceu em finais do século XIX através de observações médicas de doentes que eram portadores de afecções cerebrais e que, por exemplo, apesar de terem perdido a capacidade de falar, conservavam as capacidades musicais (cf. Lechevalier, 2008: 16). Inspirados por estes dados surgiram estudos acerca das capacidades da música interferentes com a condição de saúde do ser humano. Pode preconizar-se, por conseguinte, a musicoterapia enquanto processo em que é fulcral uma “atitude interventiva de reabilitação em neuropsicologia” (Aires, 1995: 27).

De extrema relevância para o nosso estudo consideramos ser a percepção da forma como a música é apreendida pelo corpo humano através da sua compreensão cerebral. Desta forma, e de uma perspectiva permanentemente educacional, julgamos necessário

“[...] considerar que o cérebro humano tem necessidade de ser alimentado tanto do interior como do exterior. Ele precisa ser educado, tanto ao nível de suas funções criadoras como ao nível de suas funções de comunicação e diálogo” (Guilhot *in* Ducourneau, 1984: 72).

Sabemos que a percepção sensorial da música no nosso corpo é primeiramente conseguida pela audição, função auditiva e suas formas de transporte da informação recolhida do meio. Neste sentido, o auto-controlo biológico do indivíduo situa-se grandemente no aparelho auditivo, o que é reflectido por Carlos Fregtman quando considera que as ligações neuronais são a ponte fulcral entre o aparelho auditivo e o sistema nervoso central que posteriormente informa

os diversos sistemas do corpo de forma a proporcionar um maior equilíbrio (cf. Fregtman, 1989: 72).<sup>50</sup>

Pertinente é ainda referenciar que o indivíduo percepção os sons musicais de forma pessoal e irrepitível, tal como ele mesmo, enquanto ser em permanente potência. Sendo agentes da própria essência humana em mudança considera-se que, “o mundo não entra em nós de forma passiva; nós somos activos nesse processo e para isso é vital podermos filtrar todos os estímulos que nos chegam e depois continuar a processá-los” (Spitzer, 2002: 136).

Mais precisamente julgamos plausível a apresentação da descrição feita por Lechevalier do aparelho auditivo e da forma como a música, enquanto estímulo presente no ambiente do sujeito, é recepcionada pelo corpo. Segundo o autor: o ouvido externo, que se encontra em abrangente contacto com o pavilhão auricular, recebe o ar vibrante provindo do som, transmitindo a informação recepcionada ao tímpano que, por sua vez é um separador entre o ouvido externo e médio. O ouvido médio enche-se do ar vibrante e é nele que se percebe a membrana timpânica que, por sua vez, transmite informação aos ossículos presentes nesta região. Por fim, o ouvido interno contém alguns componentes essenciais para a percepção dos sons mas também para o equilíbrio do corpo (cf. Lechevalier, 2008: 79).

O mesmo autor, de forma mais sintética e simplificada ao nível da linguagem específica, explica o processo de entrada e selecção do som no corpo humano percebendo-se que, para além da recepção, o sistema auditivo possui instrumentos que lhe permitem ser selectivo quanto à assimilação ou não do som recepcionado<sup>51</sup>.

Pode afirmar-se ainda que, em conformidade com o lugar de onde provenha o som, um ouvido é sempre informado com um determinado atraso em relação ao outro, de tal forma que se repercute esse desfasamento na estimulação do sistema nervoso central (cf. Lechevalier, 2008: 78). Devemos portanto ter em atenção, para além de muitos outros aspectos, o local

---

<sup>50</sup> “As conexões neurais entre o ouvido e os centros nervosos superiores ocupam no cérebro humano uma parte mais importante que as de qualquer outro sentido. O ouvido é o órgão receptor que mais intimamente se associa com a orientação geral do corpo. Além de responder ao som, ele se relaciona de modo direto com o sentimento do equilíbrio e da direcção, do qual depende o controle dos movimentos” (Fregtman, 1989: 72).

<sup>51</sup> “Numa primeira fase a cóclea, através do jogo de filtros selectivos, transforma as vibrações em potenciais de acção [...] O sistema auditivo periférico tem outra função: faz uma análise espectral das ondas complexas codificadas espacial e temporalmente no nervo auditivo, e realiza reagrupamentos que conduzem a representações mentais do produto das diversas fontes sonoras” (Lechevalier, 2008: 139).



onde nos localizamos em relação à recepção musical. Ao compreendermos as inúmeras formas como o nosso organismo recebe o som, e como o sistema nervoso central é afectado, compreende-se que, o

“[...] sistema auditivo deve ser capaz de seleccionar as informações que provêm de fontes distintas, de as localizar no espaço e de transformá-las em sequências de acontecimentos, organizadas no tempo, podendo sobrepor-se perfeitamente ou, pelo contrário, estar atrasadas umas em relação às outras, como no percurso das vozes presente no estilo contrapontístico” (Lechevalier, 2008: 140).

No entanto, e no referente à percepção da música, sabemos que ela “representa, pela extensão das áreas cerebrais activadas e pela colaboração necessária dos dois hemisférios, uma experiência neuropsicológica privilegiada” (Lechevalier, 2008: 126), uma forma de activação de distintos mecanismos sensoriais activados no cérebro. Outros ainda afirmam que para além do sentido meramente fisiológico “a música apresenta um canal direto para as emoções e estimula o lado intuitivo do hemisfério direito do cérebro” (Drury & Watson, 1990: 35). Procuramos perceber efectivamente aquilo que diversos estudos comprovam, percebendo que, a

“[...] música provocava um estado de tensão psicológica, capaz de acarretar vasodilatação intracranéana e que, como consequência, surgia uma constrição circulatória periférica. O aumento do sangue no cérebro, explica porque, muito trabalho manual e mental pode ser realizado com mais facilidade, quando o indivíduo está ouvindo música” (Leinig, 1977: 42).

Percebe-se portanto a influência concreta e a capacidade evolutiva que o Homem, ao escutar ou executar música, pode possuir.

Salientamos a selectividade do próprio cérebro em relação aos sons musicais que são ou não assimilados. Há portanto a existência de um mecanismo de filtragem que analisa e compara as informações úteis, ordenando as acções a partir desta análise. O cérebro tem, no entanto, de perceber a mensagem musical ou seja, a música deve estar inscrita dentro de padrões de significação da pessoa para que possa surtir efeito (cf. Ducourneau, 1984: 71). Concretamente pode afirmar-se que através “do ritmo e do som, a música atinge a motricidade e a sensorialidade; e, por meio da melodia, atinge a afectividade” (Ducourneau, 1984: 71). Relevamos que ouvimos com os ouvidos mas, a música é assimilada pelo sistema nervoso central o que faz com que consiga interferir com as mais diversas funções do nosso organismo. O sistema orgânico humano apresenta-se de forma extremamente organizada e eficaz. Nesta medida, o nosso cérebro, no entendimento da receptividade e assimilação musical, trabalha

muito mais em parceria e cooperação conjunta entre as suas diversas partes. Relativamente aos dois hemisférios cerebrais sabemos que o

“[...] esquerdo é o único que possui capacidades fonológicas, o direito não pode produzir as palavras mas gere as melodias. O corpo caloso, que une os dois hemisférios, transforma a coabitação em colaboração” (Lechevalier, 2008: 47).

Só assim se compreendem casos de sucesso na musicoterapia em indivíduos com afecções cerebrais graves. Nesta abordagem, especificamos a compreensão do papel dos hemisférios cerebrais na percepção da música e nos efeitos desta sobre o nosso organismo e principalmente sobre a nossa sensibilidade emotiva. É-nos transmitido que o tálamo é a porta de acesso até à corteza cerebral por passar por ele toda a informação que recebemos, sendo primordialmente funcional quanto à percepção das sensações (cf. Aires, 1995: 131)<sup>52</sup>, tal como a expressão de sentimentos e emoções através da prática musicoterápica. Recorremos às palavras de Stefan Klein quando o autor afirma que “emoções são sinais da natureza, e convém levá-las a sério” (Klein, 2007: 12) sinais da existência e da necessidade de co-existência do indivíduo.

Falamos concretamente da estrutura cerebral como o centro receptivo e controlador de todas as expressões que possam suceder à presença da musicoterapia. Concebe-se que o cérebro tem um papel privilegiado no que se refere à consciência de si, ao *self*, definindo cada individualidade. É a parte corpórea fundamental para sermos nós próprios, é nele que reside a identidade de cada um (cf. Ortega, 2009: 3) e portanto a pertença de si mesmo, do ser, encontra-se na nossa consciência, lugar indefinível por certo, mas que nos torna presentes em nós mesmos e no que nos rodeia, sendo que, esta é uma árdua tarefa, que pode ser possibilitada pela musicoterapia na reabilitação e assim no reencontro do doente consigo e com o que é seu, devolvendo-lhe ou possibilitando-lhe o sentido de si.

Importa que a terapia pela música se torne, de alguma forma, um acontecimento significativo para o paciente de tal forma que, a música para além de ser um elemento

---

<sup>52</sup> “Cada hemisfério cerebral contém um tálamo, massa cinzenta ovóide colocada em cada lado do 3º ventrículo. É considerado a “Entrada da corteza cerebral”, porque toda a informação que vai para a corteza passa pelo tálamo [...] Em 70% dos cérebros humanos os dois tálamos unem-se pela adesão inter-talâmica. A maioria das vias do sistema auditivo, visual e somatosensorial, tem aqui a sua terminação sub-cortical. O Tálamo é uma estrutura crucial na percepção de alguns tipos de sensações (a corteza sensorial está mais relacionada com detalhes finos da sensação). Certas conotações emocionais associadas com experiências sensoriais” (Aires, 1995: 131).

distractivo e portanto cuidador e possibilitador de momentos lúdicos, seja um elemento curativo. É neste sentido que se constata que

“[...] surgem acontecimentos dos quais o cérebro retirou algo de positivo. Fazemos qualquer coisa e o resultado dessa acção é melhor do que o esperado [...] é gerado um sinal ao cérebro, que significa o seguinte: o resultado desta ou daquela sequência de impressões ou comportamentos foi melhor do que se esperava. Quando este sinal se produz no cérebro implica que algo foi aprendido (houve aprendizagem)” (Spitzer, 2002: 162),

deu-se progressão e evolução no caminho educativo ou reeducativo do sujeito.

De forma concreta, quando experimentamos a prática musical o cérebro recebe a especificidade de determinado *input* gerando, de imediato, uma resposta ou um *output* adequado à situação, através do sistema nervoso (cf. Spitzer, 2002: 87). Percebemos a música como o estímulo, enquanto introdução de novidade na terapêutica do doente no entanto, entendemos que a música que apreciamos e nos faz sentir bem provoca a activação de estruturas nervosas que, por sua vez, se desenlaçam de sensações desagradáveis (cf. Spitzer, 2002: 172)<sup>53</sup> permitindo “espantar os males”, sejam eles físicos e/ou psicológicos.

Distintamente do indivíduo comum, os músicos profissionais são naturalmente indivíduos com características neuronais interessantes verificando-se concretamente um aumento significativo do corpo caloso em relação a indivíduos não músicos (cf. Sacks, 2008: 103), o que nos leva a concluir que, efectivamente, a música proporciona alterações e desenvolvimento de determinadas áreas do cérebro, responsáveis por distintas funções práticas. Neste sentido Oliver Sacks considera que, depois de uma afecção

“[...] pode ter lugar não só periféricamente, nos elementos nervosos dos tendões e dos músculos com lesões – e talvez na espinal medula, mas também a nível central, na «imagem do corpo», no mapa ou representação do corpo no cérebro [...] é evidente que a música, acima de tudo, poderá pôr de novo em acção um sistema motor afectado ou inibido” (Sacks, 2008: 239).

A música pode assim funcionar como um mecanismo desinibidor e de desenvolvimento do que se encontra oprimido.

Devemos especificar o sistema nervoso central como responsável pela passagem de informação e expressão das respostas possíveis da terapêutica musical.<sup>54</sup> O estímulo, que no

---

<sup>53</sup> “A ciência também pôde demonstrar deste modo o porquê de alguém, que vai para uma cave escura, cantar ou assobiar” (Spitzer, 2002: 172).

<sup>54</sup> Esclarecendo a composição e funcionamento percebemos que o “sistema nervoso é constituído por uma porção central (sistema nervoso central, SNC) com o cérebro e a medula

caso consideramos ser a música, é entendido como uma aferência que entra no sistema nervoso central, sendo desencadeado neste uma resposta ou eferência que pode ser motora quando afecta o sistema músculo-esquelético ou vegetativa se reage em relação a glândulas musculares ou músculos cardíacos (cf. Aires, 1995: 73).

A capacidade de reacção do cérebro ao estímulo musical é demonstrada por estudos empíricos. A “actividade do cérebro antes de um movimento se iniciar [...] mostrou que o sistema nervoso é largamente proactivo e não apenas reactivo, em resposta ao feedback sensitivo” (Edwards, 2004: 2). Neste sentido existe uma reacção activa e multisectorial, produzida pelo sistema nervoso, a cada estímulo musical. Esta reacção aos estímulos musicais dá-se através das células constituintes do sistema nervoso que são os neurónios. De forma concreta

“[...] é mais simples compreender um neurónio como uma unidade de processamento de informação [...] a função de um neurónio consiste em receber um *input* e ficar, ou não, activado. Se um neurónio, face a um *input*, ficar activado, então ele passa a *representar este input*. Assim, a rede de representações neuronais tem um significado perfeitamente claro e simples” (Spitzer, 2002: 60)

e desta forma a mensagem torna-se significativa e potencialmente transmitida a todas as outras células neuronais que irão possibilitar a afectação dos órgãos do corpo humano. Os neurónios são portanto as células responsáveis pela passagem da informação.<sup>55</sup>

A sinapse é a forma como estas células nervosas transmissoras de mensagens se organizam para a sua sucessiva transmissão. Portanto, os neurónios “comunicam entre si por intermédio das sinapses. Designa-se por influxo nervoso a mensagem veiculada de um neurónio para outro” (Fiori, 2006: 32). De forma mais específica pode dizer-se que a sinapse é o elemento que possibilita a junção entre os neurónios (transmissão sináptica) (cf. Fiori, 2006: 30). Já a “matéria” transmitida é, tal como foi referido, o fluxo ou influxo nervoso.<sup>56</sup> Esclarecendo

---

espinal e uma porção periférica (sistema nervoso periférico, SNP) com uma divisão somática (nervos espinais e nervos cranianos) e uma divisão vegetativa (eixo simpático e eixo parassimpático)” (Aires, 1995: 73).

<sup>55</sup> “Os neurónios são as células excitáveis do sistema nervoso que veiculam as informações entre a periferia e o sistema nervoso central – e reciprocamente – entre as diversas regiões do sistema nervoso central... Eles constituem portanto as células de base que permitem extrair informações do meio, mas também pensar, memorizar, antecipar, programação e acção, etc.” (Fiori, 2006: 26).

<sup>56</sup> “[...] o fluxo nervoso circula do axónio do neurónio pré-sináptico para os dendritos e o corpo celular do neurónio pós-sináptico. A informação transmitida pelo neurónio é um fenómeno eléctrico, que ocorre ao longo do axónio, e químico quando acontece ao nível da sinapse. O

alguns termos e o mecanismo de funcionamento da passagem de informação nos neurónios, os estímulos sensitivos

“[...] têm sempre a mesma forma e são conduzidos por fibras nervosas – os axónios – até outras células nervosas (neurónios). Nestes, é transmitido um impulso de tipo químico de um prolongamento nervoso para o neurónio seguinte: O transporte ou transmissão de um impulso nervoso de um neurónio para outro acontece numa sinapse” (Spitzer, 2002: 54).

De forma mais sucinta e explícita, importa verdadeiramente referir que a informação, neste caso a música escutada ou produzida pelo paciente, é uma mensagem e os neurónios ou “mensageiros sinápticos (ou neurotransmissores) tinham a capacidade de levar informação” (Aires, 1995: 63) de forma a fazê-la chegar a todo o organismo humano. Pode afirmar-se concretamente que a função destas células sensoriais internas é transmutar as oscilações líquidas em estímulos/ potenciais nervosos (cf. Lechevalier, 2008; 78) pois permitem sucessivas mutações dentro do organismo da pessoa, em busca do seu equilíbrio.

Grandemente responsável pela percepção de novos estímulos no organismo humano é o hipocampo que profundamente, no interior do cérebro, recebe em primeira instância as novas estimulações do meio que são inscritas e reconhecidas por ele (cf. Spitzer, 2002: 38) dando-se um registo e seriação do que é importante e interessante. A música, enquanto estímulo natural ao ser humano, pode funcionar como um estímulo regenerador de neurónios no próprio hipocampo. Assim,

“[...] soube-se com base em experiências com ratos que também em animais adultos se formam novas células nervosas no hipocampo, mas só quando eles se encontravam num contexto estimulante. Um ano mais tarde, foi demonstrada a formação de novas células nervosas também no cérebro do ser humano” (Spitzer, 2002: 44).

Ao percebermos estas constatações supomos que o hipocampo cresce e é funcional quanto mais for estimulado (cf. Spitzer, 2002: 36) tal como as restantes estruturas cerebrais, acerca do que, iremos efectuar uma abordagem de seguida.

Hoje aceita-se que o cérebro é um órgão humano que, contrariamente aos restantes, sofre diferenciações permanentes ao longo de toda a vida. Dentro desta concepção percebe-se a necessidade de, permanentemente, treinar os “músculos cerebrais” (cf. Ortega, 2009: 10), o que pode ser efectivo através da musicoterapia. Neste sentido, Oliver Sacks considera que a exposição frequente à música, ou à participação activa em música, estimula grandemente o

---

potencial de acção segue-se a uma despolarização do neurónio ao nível do seu soma, mas surge no início do axónio” (Fiori, 2006: 39).

desenvolvimento de distintas áreas cerebrais, responsáveis em simultâneo, pelo fazer e escutar música (cf. Sacks, 2008: 104). Argumentamos a possibilidade de permanente evolução cerebral pois

“[...] sabe-se agora que o cérebro de um adulto ainda se pode modificar [...] sempre que aprendemos algo de novo, os circuitos de conexões cerebrais alteram-se, dando origem a novas malhas no tecido das células nervosas. As emoções, em especial, conseguem activar essas reestruturações. É por isso que podemos aumentar os nossos sentimentos felizes recorrendo a exercícios apropriados” (Klein, 2007: 12)<sup>57</sup>

tais como a audição ou execução musical, mestre no estímulo de sentimentos e percepções emotivas. Compreendendo de forma concreta esta plasticidade potencial e efectiva do cérebro, exemplifica-se que

“[...] o hemisfério direito, que em circunstâncias normais dispõe apenas de capacidades linguísticas muito rudimentares, pode transformar-se num órgão razoavelmente eficiente das funções da linguagem ao fim de menos de três meses de preparação – sendo a música a chave desta mudança” (Sacks, 2008: 226).

Da mesma forma, e tendo por base um estudo empírico, considerando um relato acerca da perda do hemisfério direito por uma criança de sete anos de idade, percebeu-se a adaptabilidade do cérebro. Concretamente este caso “mostra, talvez de forma mais impressionante que todos os outros, como o cérebro é flexível e adaptável [...] O cérebro aprendeu a compensar a metade que falta” (Spitzer, 2002: 30) adquirindo funções que não lhe pertenciam, por estimulação musical.

Por isso, na reabilitação de indivíduos com afecções neuronais, os especialistas procuram que o sistema nervoso central se organize de forma a proporcionar estrutura suficiente para ser possível a realização de experiências passadas ou mesmo a aquisição de novas competências (cf. Edwards, 2004: 3) e, como se percebe, actuam mais eficazmente, e melhor, quanto mais estímulos recepcionarem.

Ao conceptualizarmos estes aspectos não nos devemos cingir unicamente às evoluções motoras, temos presente que existe mais um constituinte cerebral fortemente influente neste campo, que é o cerebelo.

---

<sup>57</sup> “O cérebro não é estático mas essencialmente plástico, ou seja, adapta-se às condições e aos dados do meio ambiente. É, como sabemos actualmente, a experiência de vida de cada um de nós que vai conformando o seu cérebro em algo específico e próprio. Designamos por *neuroplasticidade* os processos de adaptação do sistema nervoso central às experiências da vida de um organismo [...] a aprendizagem é constituída, neurobiologicamente, por mudanças de intensidade das ligações sinápticas entre as células nervosas” (Spitzer, 2002: 97).

“O nome quer dizer cérebro pequeno. No homem actual, o cerebello é um órgão encefálico, particularmente volumoso em relação aos cerebello de outros animais, o que está directamente relacionado com o equilíbrio, a harmonia, a sinergia de todos os aspectos da sua motricidade: estar de pé, marchar, correr, tocar viola, jogar futebol, nadar, etc.” (Aires, 1995: 145)

e por isso é tão importante apresentar estímulos permanentes para uma manutenção da saúde e não somente para reabilitação.

Não devemos considerar somente estas regiões cerebrais como protagonistas da recepção, tratamento e apresentação de resposta ao estímulo musical.<sup>58</sup> Muitas outras intervêm sendo que, tal como todo o organismo humano, o cérebro funciona por interações e conjugações múltiplas. Contudo

“[...] a cada forma de comportamento e experiência podemos associar estruturas cerebrais específicas (embora de um modo grosseiro). E, no sentido inverso, alterações na estrutura cerebral manifestam-se por alterações comportamentais e experienciais” (Varela *et al*, 1991: 33).

O que sabemos especificamente e que percebemos como fulcral na análise das componentes cerebrais responsáveis pelo melhoramento do indivíduo através da musicoterapia é que, o cérebro, que em toda a sua ultra estrutura contém milhares de neurónios que nos permitem ser e agir de forma distinta das restantes espécies animais (cf. Spitzer, 2002: 23). Devemos considerar que cada experiência musicoterápica, neste contexto, se apresenta como um processo educativo no qual está implicada uma constante aprendizagem através da memorização de conteúdos significativos.

Importa sintetizar que, acima de tudo, o “cérebro é um *aspirador de informação* extremamente eficaz, que captura tudo o que há nossa volta é importante e o processa da forma mais eficaz” (Spitzer, 2002: 26) e portanto mais útil consoante as necessidades do organismo.

---

<sup>58</sup> “Outras regiões cerebrais intervêm ainda: o córtex frontal externo, que seria o centro das redes neuronais que constituem o sistema central executivo, centro da memória de trabalho que pertence à memória a curto prazo, habitualmente poupada na síndrome amnésica, interviria igualmente na memória episódica e na memória auto-biográfica; o córtex parieto-temporo-occipital, centro presumível do armazenamento a muito longo prazo, especialmente da memória semântica, com para esta última a região anterior dos lobos temporais. Estruturas subcorticais como o tálamo intervêm na memória; os núcleos cinzentos centrais e o cerebello [...] No que diz respeito à memória auditiva, lembremos a proximidade do córtex auditivo que ocupa a primeira circunvolução temporal, e do hipocampo, que não é senão a quinta temporal” (Lechevalier, 2008: 35).

Assim, e especificamente fazendo referência à musicoterapia, podemos considerar que a música que nos engaja actua de duas formas distintas, ela leva á activação das estruturas responsáveis pela atenção e, por outro lado, proporciona bem-estar (cf. Spitzer, 2002: 172) podendo portanto proceder como incentivo e mesmo mecanismo natural de construção de atenção e aprendizagem.

Consideramos pertinente abordar um pouco a forma como são libertadas determinadas substâncias, as hormonas responsáveis pelo bem-estar, através da produção ou audição de música terapêutica. Conseguimos compreender que a música em contexto terapêutico pode actuar como introdução de novidade permitindo a emanção de sentimentos e de expressividade que possibilita uma potenciação do organismo humano. Contudo

“[...] bons sentimentos a longo prazo não são, afinal, o objectivo do cérebro. O importante é que haja sempre algo novo em perspectiva e que essa novidade possa parecer mais atraente do que aquilo a que estamos habituados” (Klein, 2007: 64).

Esta novidade pode desencadear o desejo de procurar mais, querer mais e saber mais, seja a nível musical, concretamente, ou somente no que remete ao despertar da reabilitação ou tratamento do indivíduo. Sabemos que os sistemas cerebrais responsáveis pelo desejo potenciam, acima de tudo, a criatividade (cf. Klein, 2007: 63) facilitando o processo de educação para a saúde e potenciando o próprio indivíduo para a sua gradual autonomização.

Progressivamente, e com o libertar de certas substâncias orgânicas, percebemos a

“[...] ação da música na função autonómica, que causa uma estimulação da pituitária, resultando na libertação de endorfina (opióide natural), diminuindo a dor e levando os pacientes que recebem musicoterapia a potencialmente reduzirem a necessidade de analgésicos. Parece ocorrer também uma diminuição da libertação de catecolaminas, o que poderia explicar a redução na frequência cardíaca (FC) e na pressão arterial (PA)” (Hatem *et al*, 2006: 2),

facilitando a normalização do estado de saúde do doente e potenciando a sua reorganização.

Assim, percebe-se que a música actua no ser humano tal como outros estímulos biológicos, através da activação do sistema de recompensa do corpo, acompanhado pela libertação de dopamina (cf. Spitzer, 2002: 172).<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> “Nesses momentos de tensão e de alegria antecipada [sejam estímulos musicais ou de outro tipo] encontramos-nos sob a influência de uma das drogas mais poderosas que o nosso cérebro é capaz de produzir: a dopamina. Essa substância transmissora é inacreditavelmente activa: ela desperta-nos e orienta a nossa atenção, ela potencia a nossa curiosidade, a nossa capacidade de aprendizagem e fantasia, a nossa criatividade e o prazer que sentimos no sexo” (Klein, 2007: 58).



Considera-se que a música repercute efeitos concretos sobre o sistema límbico de tal forma que, os neurónios que carregam certos neurotransmissores tais como a dopamina, são excitados e libertam a sua substância (cf. Lechevalier, 2008: 144). A actuação e benefícios desta hormona, libertada aquando da audição ou prática musical significativa, acarreta a estimulação do córtex o que conduz a uma melhor clarificação do pensamento, acontecendo uma activação dos neurónios, gerando-se uma sensação de bem-estar (cf. Spitzer, 2002: 164) e um apaziguamento natural que permite à pessoa em musicoterapia recuperar parte da sua “pessoalidade”. Coisas muito simples da natureza humana podem conduzir à estimulação desta hormona, auxiliar imprescindível da vontade: “o chocolate, uma música bonita e um contacto visual com alguém atraente activam o sistema de recompensa” (Spitzer, 2002: 168) e assim permitem o início de um processo prazeroso e impulsador. Por isso mesmo se afirma que a dopamina é uma

“[...] substância verdadeiramente especial [que] não nos faz apenas desejar, mas também nos ajuda a alcançar os nossos objectivos. Sob a sua influência sentimo-nos motivados, optimistas e cheios de auto-confiança. Além disso, a dopamina é necessária para que os músculos obedeçam à nossa vontade” (Klein, 2007: 59)

e o sistema motor trabalhe de forma mais activa.<sup>60</sup>

Associando o prazer à música sabemos que em muitos pacientes ao escutarem ou praticarem música são despoletadas sensações mentais, muitas vezes relacionadas com os cinco sentidos, que transmitem sentimentos agradáveis e prazenteiros (cf. Lechevalier, 2008; 145). Consideramos então que, se a música pode conduzir ao prazer e à esperança, e assim ao traçar de uma trajectória de vida a

“[...] essência da cognição enfoca-se essencialmente na sua *propensabilidade para a resolução de problemas*, numa palavra, a essência de adaptabilidade criativa da espécie humana, que se operou ao longo do seu passado, que se opera no fugaz presente e que certamente actuará no seu futuro próximo e distal” (Fonseca, 2001: 15).

A música contém componentes similares aos compostos do funcionamento do organismo humano. Daí ser uma produção do Homem para si mesmo e por isso é a única das artes que envolve harmonia, melodia, ritmo etc. Sabe-se que a pulsação, bem como o som, afectam em grande medida os processos voluntários e involuntários do corpo (cf. Fregtman, 1989: 28). Para que melhor se percepcione a afectação concreta do corpo humano pela música, consideramos

---

<sup>60</sup> “[...] a dopamina é responsável, no ser humano e nos animais, pelo querer, pela excitação e pela aprendizagem; opiáceos próprios do corpo, como a betaendorfina, são libertados nas nossas cabeças sempre que sentimos prazer” (Klein, 2007: 61).

pertinente apresentar uma composição de Alberto Sousa acerca deste processo que afecta toda a nossa organização. Assim, para o autor, as mudanças significativamente relevantes através da terapia musical reflectem-se: no metabolismo, na libertação de adrenalina, na regulação da frequência respiratória, na pressão sanguínea, na redução da fadiga, no aumento da sensibilidade sensorial, na rapidez de resposta a estímulos, na atenção e no aumento da atenção em reflexos musculares (cf. Sousa, 2005: 135).<sup>61</sup>

Como se compreende no final desta síntese dos efeitos da música enquanto objecto de terapêutica é congruente apreciar que, a nível cerebral, certos componentes musicais se exprimem por reacções específicas. Assim a

“Melodia reúne numerosas e subtis possibilidades de satisfazer o domínio afectivo. Actua ao nível do Diencefalo (Hipófise, Tálamo, Hipotálamo, etc.), com estreitas relações com o Sistema Límbico, onde se situam as reacções de ordem afectiva” (Sousa, 2005: 135)

e se dá a possibilidade de sensações de bem-estar e satisfação pois sabemos que, tal como vimos anteriormente, o nosso organismo encontra-se organizado de forma concreta para sentir alegria e prazer e, com isto, se demonstra a existência de um sistema que procura conduzir-nos à felicidade (cf. Klein, 2007: 12) potenciados, nesta abordagem, pela prática musicoterápica.

Compreende-se a existência de propriedades que conferem à música um sentido holista de actuação no indivíduo. Percebe-se que “a música pode trazer relaxamento e conforto espiritual, sendo um importante subsídio na busca de alternativas que contemplem a pessoa na sua integridade” (Bergold & Alvim, 2009: 541). Dentro desta concepção devemos sempre considerar pertinente a busca de novo conhecimento e assim a introdução de novidade na terapêutica do sujeito em musicoterapia. Considera-se que uma “das maneiras para impedir o embotamento dos sentimentos é mudar de prazeres” (Klein, 2007: 92) alterar o tipo de música escutada, ou os exercícios efectivados, pode assim auxiliar no processo terapêutico.

Para além da necessidade de considerar a introdução de novas práticas para manter o indivíduo, enquanto ser biopsicosocial, totalmente “alerta” para a sua recuperação, consideramos necessário apresentar a existências de pessoas insensíveis aos poderes da música devido a défices cerebrais crónicos ou adquiridos. Devemos portanto ter em conta a

---

<sup>61</sup> “[...] músicas para certas pessoas podem sustentar a atenção, prolongando a performance psicomotora acima e além dos efeitos de drogas. As mudanças no metabolismo provocadas pela música podem se dar, em maior ou menor grau, dependendo do seu carácter, isto é, se a música for viva, alegre, jovial, ou triste e lenta” (Leinig, 1977: 40).

existência de amusias.<sup>62</sup> Para certos indivíduos, as amusias tornam a música totalmente insustentável à audição o que, em nada contribui para a saúde e o bem-estar do sujeito. Um exemplo que consideramos pertinente, apesar de contrário ao anteriormente abordado, é referente a lesões que impossibilitam a linguagem, a qual pode ser estimulada pelo exercício em musicoterapia. Há portanto

“[...] uma «área da linguagem» no zona pré-motora do lobo frontal dominante do cérebro (habitualmente o esquerdo). A lesão de uma parte específica desta região [...] quer a sua causa seja uma doença degenerativa, um acidente vascular ou uma lesão cerebral, pode produzir afasia expressiva, uma perda da linguagem oral [...] embora cantar não seja uma forma de comunicação proposicional, é uma forma de comunicação existencial da maior importância. O canto não só diz «Estou vivo, estou aqui», como pode ainda exprimir sentimentos e pensamentos que, na circunstância, não é possível exprimir por meio da fala” (Sacks, 2008: 218)

e, assim, é possível a expressão e a reabilitação progressiva da pessoa em processo musicoterápico. Do mesmo modo existe ainda quem seja sinesteta. Um sinesteta é um indivíduo que percepção letras ou dias da semana como tendo as suas próprias cores, outros sentem que determinada cor tem um cheiro característico ou um instrumento de referência, outros ainda percebem que cada música tem um sabor distinto (cf. Sacks, 2008: 169). Mais concretamente existem pessoas que somente possuem sinestesia musical compilada em efeitos de cor experienciados aquando da audição ou de pensamentos musicais (cf. Sacks, 2008: 171). A sinestesia provoca a activação e “utilização” recíproca dos diversos sentidos aquando da estimulação de apenas um deles.

Tendo em consideração estas e outras patologias ou disfunções neurais consideramos que os

“[...] terapeutas têm de compreender a natureza da alteração do movimento para aplicar as estratégias de tratamento eficazes e para determinar objectivos adequados áqueles indivíduos, de modo a maximizar o potencial para a independência funcional” (Edwards, 2004: 10).

A inteligência associada à música, ou inteligência musical, bem como a estimulação desta característica humana através da música é considerável no campo da educação para a saúde.<sup>63</sup>

---

<sup>62</sup> “Estudos neuropsicológicos pormenorizados e correlações anatomoclínicas permitiram em certa medida analisar e localizar as diversas funções perceptivas da música. As perturbações da percepção dos ritmos observam-se sobretudo após lesões hemisféricas esquerdas. [...] a paciente de Peretz já não conseguia reconhecer as melodias” (Lechevalier, 2008, 216).

<sup>63</sup> “As orientações, as especializações, as facetas das diferentes formas de inteligência existem certamente em razão da educação, da aprendizagem, das motivações afectivas; devem-se talvez

Por isso, Lechevalier se questiona se:

“[...] a própria prática da música não desenvolverá as faculdades intelectuais, pelo treino mental que a leitura e a execução musicais exigem, pelo desenvolvimento das capacidades atencionais, pela necessidade de um certo controlo das emoções e dos sentimentos, pela aprendizagem da memória. Essa prática utiliza, como já o sublinhámos, os dois hemisférios cerebrais e não, como o faz a linguagem, unicamente o hemisfério dominante” (Lechevalier, 2008: 118),

sendo a música uma prática mais completa que exige a permanência de atenção e utilização de distintos órgãos cefálicos. Apreciável é portanto a compreensão da necessidade de utilização da memória e sua flexibilidade pois “a música é uma arte do tempo que precisa de um antes e de um depois, música e memória são indissociáveis” (Lechevalier, 2008; 43). Tal como já foi ligeiramente abordado, todo o processo musicoterápico envolve aprendizagem e, para tal, o uso da memória e de faculdades inteligíveis. Desta forma, é possível efectivar-se o desenvolvimento cognitivo. Considera-se que o que ocorre no cérebro durante um processo musicoterápico é um processo cognitivo extremamente completo passando por

“[...] processos de atenção e memória, sem os quais a aprendizagem não seria possível, aos processos transientes perceptivos, imagéticos, simbólicos e conceptuais, passando pela resolução de problemas, até à expressão de informação e sua concomitante prestação comportamental, o que exige a rechamada e a recuperação da mesma, para além da sua fluência melódica, a sua metassincronização e a sua metacoordenação” (Fonseca, 2001: 49).

Considerando a evolução e a agitação cognitiva que pode ser provocada pela música no ser humano, sabe-se que, por exemplo “ouvir Mozart (em comparação com ouvir música «relaxante» ou o silêncio) intensificava temporariamente o raciocínio espacial abstracto” (Sacks, 2008: 104).

## 2.2. A Imagética Musical

Outra componente neurológica extremamente considerável no processo de educação para a saúde pela musicoterapia é a percepção de imagens mentais que eliminam ou aliviam a dor e/ ou os estados de angustia e sofrimento do sujeito.<sup>64</sup>

---

igualmente à predominância de uma função cerebral, por exemplo as funções auditiva, visual, gráfica, ou funções visuo-espaciais” (Lechevalier, 2008: 117).

<sup>64</sup> “Com a música, além dos relatos positivos na redução dos quadros dolorosos, chamou-nos a atenção as experiências imagéticas relatadas ao término de cada audição musical, levando-nos a

Para a assimilação da música no corpo temos por suporte padrões neurais que estão na base das imagens mentais enquanto forma de expressão (cf. Carmelo, 2002: 64). Assim, a imagética musical é uma forma de expressão e atribuição de significados e de esclarecimento de percepções. A imagética musical resume-se à associação permanente entre as sensações acústicas e imagens ópticas, determinados estímulos musicais ou tonais, causam imagética da mesma ordem de cor. Ao escutarmos um som musical permanentemente fazemos associação a imagens mas, em pessoas com uma noção imagética maior, determinadas tonalidades e características musicais fazem aparecer imagens e cores de forma constante (cf. Révész, 2001: 123) o que se associa à sinestesia anteriormente explicada.

Mas o que mais importa nesta compreensão é percebermos a importância da música em terapia, pois a música “é capaz de criar imagens mentais, fantasias num mundo imaginário, sendo ao mesmo tempo uma actividade positiva, com as suas leis físicas e lógicas em diversos domínios” (Mourão, 1996: 7) estimulando com isto todo o sistema nervoso e potenciando alterações. A imagética resume-se na explicação de Jos Wuytack quando afirma que as imagens são como ideias que surgem do encontro entre um objecto cujo significado se estenda ao todo do ser. Isto proporciona a “iluminação” da própria existência, percebendo os métodos através dos quais o ser humano pode encontrar o caminho da consciência (cf. Wuytack, 1992: 12) sendo este último o objectivo primordial da musicoterapia, enquanto processo de educação para a saúde.

A imagética remete-nos para o facto de que

“[...] o homem pode representar dentro de si aspectos do mundo, ou seja, podermos fechar os olhos e representar internamente um punhado de groselhas ou ursos pardos [...] A forma de todas estas representações são as diferentes intensidades sinápticas nos neurónios” (Spitzer, 2002: 86)

e, portanto, as associações e articulações que fazemos destas imagens com a música. Por isso Oliver Sacks constata que “o espectro da imagética musical é tão variado quanto o da visual” (Sacks, 2008: 45).

Ao falarmos de musicoterapia apreciamos como obrigatório abordar uma das maiores referências terapêuticas que é a imagética musical. Considera-se que através da imagética

---

refletir sobre o papel das imagens mentais nos efeitos sobre a intensidade da dor” (Leão & Silva, 2004: 3).

caminhamos grandemente para a música enquanto processo terapêutico,<sup>65</sup> o que desencadeia na pessoa um processo de estabelecimento de planos e de vontade de concretização de objectivos. Por isso

“[...] é muito frequente que a música faça nascer representações sensoriais no auditor, em particular imagens visuais como cenas ou paisagens, e também impressões de superfícies cortantes, angulosas, aureoladas” (Lechevalier, 2008: 131).

De forma natural a imagética musical é despoletada pelo organismo contudo, existe também imagética musical involuntária, que acontece aquando da exposição sucessiva a uma determinada música (cf. Sacks, 2008: 49) onde depois da assimilação desta podem começar a surgir significações imagéticas espontâneas. Considera-se a imagética como um componente essencial para a produção musical. Assim, a “composição musical requer uma imagética auditiva e visual, de modo que é difícil separar essas funções sensoriais de percepção e de concepção” (Lechevalier, 2008: 127).

Importa referir de forma precisa quanto ao alívio da dor em indivíduos doentes que ao serem predispostas imagens mentais através da música, acontece um efectivo deslocamento da atenção no que se refere à dor, o que provoca um alívio terapêutico. A música faz com que o cérebro transforme toda a experiência em imagem mental (cf. Leão & Silva, 2004: 3), e volta sua atenção para os componentes musicais em questão.<sup>66</sup>

Compreende-se que, a exercitação cerebral através da estimulação musicoterápica pode conduzir claramente a um melhoramento da componente fisiológica do indivíduo. Para além disto percebe-se que a “combinação da prática mental e física [...] conduz a uma maior melhoria na execução do que a prática física” (Sacks, 2008: 47). Neste contexto entendemos no entanto que, a exercitação mental e física não podem ser dissociadas. Através do uso da música enquanto instrumento de terapia, o trabalho sob o ser humano pode ser apelidado como define Susan Edwards, por “Fisioterapia Neurológica”. É importante salientar que

---

<sup>65</sup> “Estamos nos aproximando de uma outra dimensão da música, a que é frequentemente usada por musicoterapeutas – a capacidade da música é evocar ou realçar as imagens visuais. Muitas e muitas vezes a imagem que temos na mente é o veículo da autotransformação, permitindo que a pessoa imagine a si mesma passando de um estado de conflito e tensão para um estado de bem-estar holístico” (Drury & Watson, 1990: 21).

<sup>66</sup> Num estudo prático com doentes em reabilitação “a audição de certas palavras ou de certas letras fazia aparecer no campo visual cores associadas a essa palavra ou essa letra; muitos desses sujeitos, e outros já referenciados, tinham visões coloridas na audição de certos sons musicais” (Lechevalier, 2008: 133).

“[...] imaginar a música pode de facto activar o córtex auditivo quase tão fortemente como ouvir a música. Imaginar a música também estimula o córtex motor e, inversamente, imaginar a acção de tocar música estimula o córtex auditivo” (Sacks, 2008: 47)<sup>67</sup>.

### 2.3. Teoria da Autopoiesis, Auto-organização e Holismo

Presentemente importa-nos destacar os pressupostos da musicoterapia assentes numa teoria biológica que, no nosso entender, muito bem se coaduna a toda a actividade humana enquanto actividade de um ser vivo em constante desenvolvimento. Fazemos referência à teoria da autopoiesis presente num paradigma de auto-organização. Consideramos que durante e após os exercícios de musicoterapia, e

“[...] atendendo à constituição da rede do sistema, existe uma cooperação global que emerge espontaneamente quando os estados de todos os «neurónios» participantes atingem um estado mutualmente satisfatório [...] Esta passagem de regras locais para uma coerência global constitui o núcleo daquilo que costumava ser designado por auto-organização” (Varela *et al*, 1991: 125)

e que possibilita um estado elevado de equilíbrio ao indivíduo.

A teoria da autopoiesis é original de Humberto Maturana e Francisco Varela, uma teoria biológica mas que, é tida em consideração nesta abordagem como uma teoria que vai mais além, uma teoria sociológica e educativa. É uma conjectura que se afigura dentro de uma corrente holista acontecendo a interdisciplinaridade premente na musicoterapia. Esta corrente mostra uma natureza humana não dualista e articulada. O conhecimento, segundo o holismo epistemológico, processa-se numa relação contínua, simultânea e recorrente e assim se procura associar esta teorização à prática da musicoterapia pois consideramos que na actualidade, aqueles que validam a ciência, reconhecem a necessidade de abordagens multidisciplinares que ultrapassem os velhos limites epistemológicos (cf. Varela *et al*, 1991: 27) pois, relativamente ao holismo do ser humano, hoje sabemos que “corporalidade tem este duplo sentido: acompanha o corpo como uma dupla estrutura experiencial vivida e também como o contexto ou o meio de mecanismos cognitivos” (Varela *et al*, 1991: 17).

Considera-se que, segundo esta teoria, os seres vivos são máquinas que se auto-organizam na sua natureza contudo, nunca de forma individualista. Por isso se afirma que somos máquinas autopoieticas, que nos organizamos produzindo formas de manutenção própria

---

<sup>67</sup> “A imagética mental propositada, consciente e voluntária envolve não só o córtex auditivo e motor, como as regiões do córtex frontal envolvidas na escolha e no planeamento” (Sacks, 2008: 48).

(cf. Oliveira, 2004: 33). “São sistemas homeostáticos (auto) mas com uma possibilidade infinita de produção complexificada (poiesis)” (Oliveira, 2004: 33)<sup>68</sup>. Da mesma forma, a música pode funcionar como a natureza humana em acção, em busca do equilíbrio perdido pela presença de uma doença.

Nesta medida, podemos compreender que um sistema autopoietico é um sistema que se auto produz, auto-regula, estando nós a referenciar somente sistemas vivos, que produzem componentes e processos necessários à sua existência num contexto específico, que se pode entender por comunidade. Julgamos plausível considerar esta a essência da existência da autopoiesis do ser vivo, pois sem esta auto-regulação o organismo fica patológico, desequilibrado podendo não sobreviver. Compreendemos assim as doenças como uma interferência no percurso natural do indivíduo. A própria natureza do Homem é logicamente tendencial para a sua auto-cura, para a auto-organização e para a reconstrução de equilíbrio. Para tal, grandemente pode contribuir a musicoterapia. Ainda neste sentido, Humberto Mariotti afirma, ao definir um sistema vivo, que estes são “sistemas que produzem continuamente a si mesmos”. Define-se assim, portanto, o sistema autopoietico, que se auto-produz, como sendo “ao mesmo tempo produtor e produto” (Mariotti, 1999: 1). Nesta abordagem é enfatizada a

“[...] capacidade do organismo humano de retificar os desequilíbrios e engajar-se num processo de autocura. As modalidades naturais estimulam os processos de cura sempre que possível, estimulados pelo próprio organismo ao invés de introduzir um agente estranho, exterior. Isto significa que a cura causa o mínimo de interferência, e não envolve substâncias químicas ou outros agentes “não naturais”” (Drury & Watson, 1990: 30).

A cura deve ser, portanto, um processo de envolvimento do Homem consigo mesmo e assim com a sua natureza.

Como sabemos, na teoria da autopoiesis é feita uma distinção entre a organização e a estrutura do ser vivo pois apesar dos organismos poderem ser abertos quanto à sua estrutura, e assim no seu relacionamento com o meio, a sua organização é obrigatoriamente fechada, não isolada mas fechada quanto às formas de significação atribuídas pelo ser ao mundo (cf. Oliveira, 2004: 32). Nesta medida podemos entender a organização como o modo como o organismo funciona em comunidade enquanto que, a estrutura acaba por depender sempre da

---

<sup>68</sup> “Maturana e Varela apelidam, por sua vez, os sistemas vivos como “máquinas autopoieticas”, ou seja, sistemas fisico-químicos que auto-produzem os componentes e os processos necessários para garantirem a sua autonomia como sistemas, facto que torna estes sistemas fisico-químicos sistemas vivos” (Oliveira, 2004: 33).



organização, estando esta intimamente relacionada com os componentes do organismo. Conseguir alterar a organização e por conseguinte também a estrutura consideramos ser um objectivo da musicoterapia no ser humano.

Sabemos que os autores da teoria da autopoiesis designam por “determinismo estrutural” (Maritti, 1999: 2) o facto dos acontecimentos num determinado instante dependerem da nossa estrutura nesse presente. No entanto, também nos é dito que a “estrutura de um sistema é a maneira como seus componentes interconectados interagem sem que mude a organização” (Mariotti, 1999: 2). Neste sentido entendemos que a estrutura de um ser pode ser alterada contudo, a sua organização permanece imutável para que este se mantenha em equilíbrio e saudável. A estrutura de um sistema está assim ligada a alterações ou flutuações comuns, daí a necessidade de existir uma determinada organização que permite a permanência de padrões auto-organizativos. Pode existir sentido na introdução de uma perturbação “order from noise” em que, através do ruído, desde que este não seja completamente dissonante quanto à organização do sistema, se pode construir novo conhecimento. No contexto presente consideramos que a concepção de “ruído” introduzido no sistema de equilíbrio do indivíduo, pode ser representado pela doença presente e/ ou pelo exercício da musicoterapia no estado patológico do paciente. Assim, compreendemos que a introdução de algo inesperado pode provocar a evolução do organismo, por isso se compreende a concepção segundo a qual o sofrimento nos faz evoluir, nos regenera. Pode entender-se efectivamente a patologia como “uma condição que pode, em si, propiciar intuições e oportunidades para a autodescoberta” (Drury & Watson, 1990: 28). Para além da dor e do sofrimento a novidade, ou o “ruído” compreendido pela terapêutica musical pode ser entendido como revigorante pois percebe-se que os “sons podem agir como disparadores de pensamentos novos e ideias criativas, que, dessa forma, chegam à consciência” (Fregtman, 1989: 46).

Tal como vimos anteriormente, apesar da estrutura de um ser vivo poder ser aberta, a sua organização é fechada no sentido em que “o modo de atribuição de significado ao mundo tende a ser conservado” (Oliveira, 2004:32). Nesta medida compreende-se que a estrutura está subordinada à organização do ser pois, nesta podem ocorrer flexibilizações, desde que estas sejam minimamente compreendidas pela sua organização primária, onde no nosso entender, se compreende o padrão auto-organizativo do ser. Julgamos ser pertinente referir o facto de se reflectir na estrutura, enquanto elemento essência da organização de um ser, o padrão predominante deste, pela existência de uma variável conservadora, que não se altera, mas que

se pode flexibilizar pela introdução de terapêuticas reabilitadoras. Por isso, os organismos fechados são abertos com o meio estrutural, pois procedem ao consumo e assim à partilha com o meio. Facilitando este processo está a prática da musicoterapia. Nós, seres humanos, enquanto organismos não somos abertos, pois isso destruiria por completo a nossa autopoiesis e não existiriam padrões auto-organizativos concretos. Um sistema vivo também não pode ser isolado pois, tal como vimos anteriormente, o sistema para sobreviver tem de possuir contacto e efectivar trocas com o seu meio. Formas comunicacionais promovidas grandemente pela musicoterapia.

Para que seja possível o estabelecimento de comunicação através da música ou outras formas terapêuticas, é necessário considerar a plasticidade ou a capacidade de (re)organização presente no cérebro humano, tal como vimos anteriormente.<sup>69</sup> Relativamente a esta característica fisiológica do ser humano, compreende-se a permanente busca de equilíbrio e evolução, portanto a auto-organização que o Homem busca.

“[...] como se o cérebro impusesse o seu próprio padrão organizador, ainda quando não exista um padrão objectivo [...] Tendemos de facto, a acrescentar uma espécie de melodia ao som de um comboio [...] ou a ouvir melodias noutros ruídos mecânicos” (Sacks, 2008: 247).

No mesmo sentido, compreendendo de forma concreta a música terapêutica, o mesmo autor, defende que ao estarmos perante música esta sobressai sobre a patologia permitindo aos sujeitos uma tomada de consciência de si e do mundo desprovida de maleitas (cf. Sacks, 2008: 256). Contudo esta reacção, disposta somente enquanto a música dura, só ocorre para determinadas patologias pois sabemos que para muitas outras, depois da música, permanece a mudança e o bem-estar.

Como sabemos, na grande maioria das vezes, o conhecimento e a emancipação só são produzidos através de algo que é perturbador e não de algo que se apresenta redundante. A perturbação permite, normalmente, e apenas quando faz sentido, aquisição de novo conhecimento e assim a aceção a um novo estado de equilíbrio pois os organismos acabam por se flexibilizar dentro da sua própria organização/ autopoiesis no sentido de se adaptarem. Qualquer espécie animal, incluindo a nossa, aprende pela formulação de padrões auto-

---

<sup>69</sup> “A plasticidade é a razão fundamental para toda a aprendizagem de habilidades e é uma parte da função do SNC [sistema nervoso central] tanto em indivíduos saudáveis como com lesões cerebrais em qualquer idade” (Edwards, 2004: 15).

organizativos. A construção de um padrão auto-organizativo vem revelar que, para uma mesma causa se utilizam os mesmos processos de resolução.

“[...] os padrões constituem-se em modos relacionais de atribuição de sentido ao (no) mundo, assegurando, e constituindo simultaneamente, um equilíbrio homeostático (“auto”) dos organismos com os (nos) seus nichos” (Oliveira, 2004: 31).

É neste sentido que atestamos a velha crença de que mudar hábitos é um procedimento complexo pois muitos deles já são parte integrante da nossa autopoiesis, já constituem um padrão auto-organizativo. Contudo, no que concerne a processos de reabilitação para a promoção da saúde e assim do bem-estar pleno do indivíduo, devemos considerar a necessidade de existir uma flexibilização, a qual a própria patologia obriga. Nunca devemos deixar de ter em atenção que a propensão genética e a história de vida do indivíduo condicionam fortemente a criação de determinados padrões auto-organizativos. É de referir o facto de, acima de tudo, existir um padrão que se afigura como sendo predominante, de encontro ao qual vão todos os restantes. No nosso entender, os padrões auto-organizativos definem a autopoiesis do indivíduo e, desta forma, são parte integrante e fundamental da existência do ser em todo o seu processo de organização. A musicoterapia, em toda a sua complexidade e plenitude de aplicações, deve procurar corresponder o mais aproximadamente possível às necessidades concretas da pessoa em musicoterapia e não somente às necessidades inerentes a uma reabilitação.

Importa nunca descorar o facto de que os “indivíduos constituem a si mesmos objectivamente a partir da incorporação em suas vidas de “factos” sobre si mesmos - seus corpos, mentes, cérebros” (Ortega, 2009: 4).

Nesta teoria biológica a noção de acopulamentos estruturais surge na medida em que, os organismos vivos comunicam/ interagem entre si trocando perturbações, com mais ou menos intimidade.<sup>70</sup> Da mesma forma, podem considerar-se acopulamentos entre indivíduos em comunidade e, para a promoção disto mesmo, acopulamentos entre o indivíduo e a música, no caso da musicoterapia, permitindo assim uma maior completude da pessoa através da prática musicoterápica. Existe uma forma de acopulamento estrutural que é imprescindível para o funcionamento desta terapêutica:

“No momento de um atendimento musicoterápico estamos (musicoterapeuta e cliente) experienciando interações sonoras/ musicais/ verbais/ corporais no acontecer de ‘acoplamentos estruturais’, em que nossas musicalidades, ao se tocarem de forma

---

<sup>70</sup> “[...] o conceito de “acopulamento”, que explica a existência de unidades compostas (como fígado, por exemplo, que é uma unidade composta por células)” (Oliveira, 2004: 34).

consensual, possibilitam a construção de caminhos que levam a transformações” (Piazzetta & Craveiro de Sá, 2006:13).

Assim, quando duas pessoas possuem o mesmo mundo de significação, muitas vezes nem necessitam de falar, utilizando outras formas comunicacionais para se expressarem quanto à situação, que ambas entendem. O que se passa neste exemplo é o facto destes elementos estarem acoplados por possuírem padrões auto-organizativos idênticos, o que lhes permite efectuar um acoplamento estrutural aproximado. Comprovando esta distinção podemos salientar que os sistemas autopoieticos podem acoplar-se “quer com os seus estados/ órgãos internos [...] quer com outros seres vivos” (Oliveira, 2004: 34) sendo que a própria música, enquanto instrumento terapêutico, pode ser considerado um destes estados do ser humano.

Devemos salientar que o que se acopula, e daí se designar acoplamento estrutural, são as estruturas. Nunca se perde a própria autopoiesis/ organização por estarmos acoplados. Mas a nossa autopoiesis existe num micromundo em comunidade e portanto pode flexibilizar-se. Quanto ao uso musicoterápico considera-se que os recursos para o acompanhamento musical são as formas básicas que se desenvolvem através da história da música. Assim, uma criança precisa de ser conduzida e, portanto, estimulada através de várias etapas, desde as mais elementares às mais complexas, pelas quais o ser humano teve de passar ao longo da história antes de alcançar o nível de conhecimento musical que hoje possui (cf. Wuytack, 1992: 16).

A teoria da autopoiesis salienta a existência de dois princípios básicos que consideramos importantes associar a esta abordagem. O primeiro princípio referente à teoria da autopoiesis denomina-se por “Aprender é Viver”. Neste princípio podemos identificar que os organismos autopoieticos possuem uma organização à qual se encontra subordinada a estrutura, funcionando a sua flexibilização através de perturbações que podem afectar esta mesma estrutura. Assim, os indivíduos, para o “cumprimento” deste primeiro princípio, para além de serem relativamente flexíveis, ainda estão sujeitos a diversas formas de acoplamentos estruturais, já explicitados anteriormente. Na concepção defendida pelos autores da teoria da autopoiesis, o ser vivo evolui através da concepção de Von Foerster de “order from noise”, que nos remete para a construção de ordem/ sentido através do “ruído”, o que também foi enunciado anteriormente. Nesta mesma medida Atlan faz referência ao conceito de “complexidade pelo ruído”, que nos remete para a forma de construção de conhecimento, adquirindo o sistema de equilíbrio depois da introdução de novas variáveis complexas mas que foram, de alguma forma, incorporadas pelo sistema, o que pode ocorrer com a musicoterapia.

Nunca se pode associar em musicoterapia o que é totalmente dissonante do padrão predominante do indivíduo. Por isso, aprendemos mais com o erro do que com a informação ordenada. Neste sentido é que permanentemente estamos em processo de aprendizagem e com isto permanecemos vivos e activos na nossa vivência. Estar vivo é compreender o nosso estado patológico e começar a procurar medidas que potenciem a alteração deste estado o mais brevemente possível. Assim se permanece em ascese pela musicoterapia ou outras formas de reabilitação e se consegue um estado de equilíbrio pela flexibilização dos padrões auto-organizativos.

Da mesma forma podemos compreender a música curativa pela seguinte concepção de Varela

“[...] o encontro com apenas uma perturbação altera as periodicidades espaciais de uma configuração estável para outra. Mas uma segunda perturbação na mesma célula anula a alteração que se tinha verificado anteriormente” (Varela *et al*, 1991: 204).

Portanto, a presença de uma doença pode ser representada pela primeira perturbação enquanto que a introdução da musicoterapia pode ser entendida como uma segunda perturbação que leva à estabilização do sistema.

Relativamente a este primeiro princípio que nos diz que “Aprender é Viver”, Clara Costa Oliveira apresenta-nos resumidamente que

“Em sistemas de organismos acoplados, os seres vivos têm que conseguir aprender a viver: 1) articulando as várias e contínuas perturbações advindas dos acoplamentos estruturais com a manutenção do seu padrão auto-organizativo; 2) terão que saber articular a sua autopoiesis específica com o padrão auto-organizativo do sistema maior do qual fazem parte, e que resulta dos acoplamentos empreendidos” (Oliveira, 2004: 35).

Assim, este primeiro princípio implica claramente uma adaptação através da aprendizagem do sistema vivo. Neste sentido é que se afirma que: “qualquer ser vivo [...] encontra-se em condições de estar a aprender” (Oliveira, 2004: 35). A aprendizagem é um processo que, regularmente, se dirige a outrem contudo, muitas vezes, a maior parte dos processos de educação resultam em aprendizagem para o educador e por conseguinte para o educando. A aprendizagem caracteriza-se por ser algo que fica retido e incorporado nos padrões de compreensão do mundo do indivíduo, algo que passa a fazer parte de si mesmo, algo que passa a fazer e a ser sentido.

Por todos estes argumentos é que se pode afirmar que a produção do observador, que nos caracteriza a todos, está subordinada ao princípio “Aprender é Viver”, pois a observação depende em grande medida das aprendizagens efectuadas quer anteriormente, o que

condiciona a nossa interpretação, quer posteriormente, ao adquirirmos novas aprendizagens por observação. Desta forma compreende-se o papel do observador como aquele que recebe estímulos e que a eles acaba por reagir por estes terem sido incorporados. Da mesma forma, percebemos o indivíduo portador de patologia alvo de musicoterapia como o observador por excelência, pois é ele quem demonstra a veracidade ou não dos resultados da terapêutica musical. Nesta concepção está inerente o segundo princípio da teoria da autopoiesis, “Tudo o que é dito, é dito por um (auto) observador”. Buscando a ciência clássica, podemos referenciar em Einstein um dos primeiros preceptores da observação tal como aqui se explicita pois “em 1905, aos vinte e seis anos, abalou o mundo científico com a sua teoria da relatividade, demonstrando que o tempo e o espaço dependiam do observador” (McFarlane, 2002: 28). Todos nós, enquanto seres vivos presentes em comunidade, somos observadores por múltiplos sentidos. Todo o ouvinte e o praticante de música é um observador. Temos representações sobre as coisas que nos são concedidas pelo nosso acto observacional e a nossa percepção sobre todas as coisas faz-nos pensar que estas são a realidade. É nesta medida que, Oliveira afirma a necessidade do observador perceber o

“[...] pano de fundo ao qual ele contrapõe uma conclusão observacional [...] este pano de fundo [...] a rede de crenças na qual o observador se move e que foi gerada na sua história de vida, a ética na qual se move e na qual acredita” (Oliveira, 2004: 38).

Esta realidade acaba por funcionar para muitos, como um código partilhado de significações visto que, vivemos acoplados com outros organismos na mesma comunidade. Pode dizer-se que a caracterização da realidade não é a realidade porque as coisas estão em permanente mudança, o mundo é dinâmico portanto, nunca pode ser descrito e conhecido realmente, assim como a interiorização e a reabilitação pela musicoterapia não pode ser datada de forma idêntica para todos os sujeitos. Ao descrevermos estamos a estancar esse processo, é como tirar uma fotografia onde capturamos um momento, mas não acompanhamos a sua real transformação. Contudo, em musicoterapia o processo é dinâmico e a observação é referente a um filme em constante mutação, uma interpretação hoje e outra amanhã, sendo assim potenciado o pleno desenvolvimento da pessoa.<sup>71</sup>

---

<sup>71</sup> “E é verdade: em tudo aquilo que nos rodeia podemos ver, ouvir, cheirar e saborear muito mais do que estamos habituados a fazê-lo. E o observador atento irá descobrir encantos desconhecidos nas situações mais banais” (Klein, 2007: 113).

É nesta medida que se afirma que qualquer educador e, portanto, qualquer musicoterapeuta, é um observador. Mesmo este educador-observador conhece através de: raciocínio, volição (desejos), abstracção, crenças, sentimentos, emoções, corpo, etc. A história de vida é também fundamental para definir o tipo de observador em que nos tornamos. E é essencial compreendermos que o modo como observamos é intimamente consequente do modo como aprendemos a observar pois é isso que condiciona a nossa forma de ver as coisas. A educação para a saúde é assim um processo dependente da observação do observante e é por isso tão complicado de actuar em educação para a saúde pela musicoterapia, pois cada ser é um ser e cada individualidade exige um trajecto específico. Aquilo que julgamos coerente evitar, fugindo a um paradigma biomédico, é que

“[...] novas perspectivas trazidas pela neurociência são grandemente entusiasmantes, mas há sempre um certo risco de que se perca a simples arte da observação, que a descrição clínica se possa tornar perfunctória e de que se ignore a riqueza do contexto humano” (Sacks, 2008: 16).

Pela diversidade é que se pode conseguir a cura. Consideramos que a própria educação por si só, é um acto de observação de apreensão de sentidos, o que é único e difere da aprendizagem. A aprendizagem, tal como abordamos anteriormente, pressupõe a existência de uma flexibilização dos padrões auto-organizativos do ser, por isso a educação dá-se pela ocorrência de processos de aprendizagem.

O educador é um observador por natureza baseando-se na observação não somente visual. O educador tem a sua própria representação do educando, tal como o terapeuta tem do cliente, em relevância com as suas crenças, que podem ou não corresponder à realidade ontológica. Este profissional deve procurar alienar-se da sua própria existência, só assim potenciando o pleno desenvolvimento do indivíduo através do incentivo à flexibilização de padrões por isso se diz que, quando um educador é eficaz “ele morre”, pois o educador deve procurar potenciar/ capacitar/ dar *empowerment* ao indivíduo para que este se auto-regule, se compreenda e saiba flexibilizar os padrões da sua autopoiesis. Sabemos que o educador, no papel do musicoterapeuta, pode ser entendido como um elemento potenciador de perturbação da autopoiesis do educando pois, o papel do educador é procurar a flexibilização de padrões do indivíduo no sentido de lhe potenciar desenvolvimento. A flexibilização do padrão auto-organizativo de um indivíduo só acontece quando a perturbação faz sentido e assim se procura um novo equilíbrio com a presença de um novo conhecimento. Mas claro que a mera presença do educador já se efectiva muitas vezes como uma perturbação. Por sabermos que

naturalmente não é fácil articular padrões auto-organizativos, compreendemos a importância do educador não poder ser somente um mero transmissor de informação.

“O promotor da saúde tem de ser formado para ser um educador e não um instrutor dos seus utentes e, antes deles, de qualquer cidadão. O promotor profissional de saúde não pode ter de si próprio a visão de que os seus conhecimentos exprimem a verdade” (Oliveira, 2004: 49).

Nesta medida, entende-se o educador como alguém que acompanha e potencia mudanças, e este sentido de educação permanente e comunitária afigura-se na Declaração de Nairobi: “no desenvolvimento de todas as dimensões humanas, de um modo integral e harmonioso” (Oliveira, 2004: 45). Esta noção de educação deixada na Declaração de Nairobi, revela a importância de uma abordagem holista, abrangendo a plenitude do ser humano para a identificação das suas patologias e percepção dos modos de “cura” mais plausíveis. Consequentemente assumimos a postura que afirma que uma “doença pode ser vista como uma oportunidade para crescimento pessoal e autoconhecimento” (Drury & Watson, 1990: 29) pois, no sentido concreto da musicoterapia para processos de reabilitação, compreendemos o seu objecto que é a “música, por sua própria essência, é beleza, ordem, regularidade, coesão, equilíbrio, proporção” (Leing, 1977: 18) o que inerentemente é sustentado pela mutabilidade do padrão humano em doença.

Consideramos portanto que a intervenção educativa vai sempre de encontro a uma concepção de auto-organização, sendo esta intervenção o que realmente se espera concretizar no indivíduo, relativamente ao seu meio social envolvente.

Ao falarmos da teoria da autopoiesis e consequentemente da busca incessante que o ser humano efectiva ao longo da vida pelo equilíbrio, consideramos de interesse argumentar esta compreensão através de algumas teorias que nos vêm acompanhando pelos tempos. Assim, e baseando-nos nas concepções naturais, ao que se refere a teoria dos humores, pode dizer-se que diversos

“[...] filósofos da Antiguidade, incluindo Aristóteles, acreditavam na ideia das quatro «qualidades» da vida: quente, frio, húmido e seco, que se combinavam com quatro «elementos»: terra, ar, fogo e água. Se no corpo essas combinações estivessem desequilibradas a doença surgia. Depois de Hipócrates, a enfermidade estava ligada ao desequilíbrio nos quatro «humores» ou líquidos existentes no corpo: sangue, fleuma, bilis amarela e bilis negra” (Parker, 1990: 15)

o que reflecte a imemorável compreensão da desregularidade da autopoiesis individual da pessoa aquando da patologia. Da mesma forma, mas baseando-nos em Hipócrates, o fenómeno



patológico era compreendido pela teoria dos quatro humores apresentada anteriormente sendo que, a doença, acontecia quando existia um desequilíbrio entre as quatro partes (Sousa, 1981: 59).

No entanto, anteriormente e no que concerne à existência da doença, somente a introdução de terapêutica adequada pode conduzir a um novo estado de normalidade no qual o indivíduo se encontra em pleno bem-estar. Ao apresentarmos a musicoterapia, uma terapêutica do ser humano para si mesmo, compreendemos a noção de que “quando o equilíbrio orgânico é perturbado pela doença, a força curativa da natureza tende a restabelecer o equilíbrio humoral e a reconduzir o organismo à *eucrasia*” (Sousa, 1981: 60).

Segundo uma concepção holista compreendem-se inúmeras articulações imprescindíveis ao bem-estar do ser humano.<sup>72</sup>

Baseados nos mesmos pressupostos de busca pelo equilíbrio é presente

“[...] na China uma fortíssima convicção de que a saúde depende da harmonia entre forças opostas. Chama-se estas yin (fria e «fêmea») e yang (quente e «macho»). As doenças aparecem quando estas forças estão desequilibradas e dos tratamentos tradicionais constam energias curativas que actuam restaurando o equilíbrio (Parker, 1990: 48).

Desta forma, a música pode actuar na reestruturação de um indivíduo pois ela permite ao ser a libertação das emoções através do toque sonoro, percebendo-se que cada vibração sonora actua numa zona concreta do corpo humano para actuar nelas de forma positiva (cf. Fregtman, 1989: 57).

Ortega caracteriza de forma interessante estes exercícios terapêuticos de auto-conhecimento e reconstrução de si. Para o autor são fenómenos de neuroascese (cf. Ortega, 2009: 2), pelo que podemos alargar a compreensão cada vez mais e proferir mesmo que, com a reabilitação pela musicoterapia, o que é pretendido, é uma tomada de consciência cada vez mais alargada de si. Mais do que o desenvolvimento de capacidades de memória, procura-se o alargamento da consciência da pessoa humana, considerando a sua condição.<sup>73</sup> Assim, de forma

---

<sup>72</sup> “O equilíbrio, a postura corporal, o “centro de gravidade” do nosso corpo, a estabilidade, são conceitos que podem ser abordados a partir de uma linha de pensamento que, em muitos pontos, se assemelha a uma visão procedente do antigo Oriente” (Fregtman, 1989: 70).

<sup>73</sup> “[...] o sujeito cerebral dá lugar à aparição de práticas de si cerebrais, as *neuroasceses*, isto é, discursos e práticas de como agir sobre o cérebro para maximizar a sua performance, que levam à formação do que vou chamar de *neurosociabilidades* e *neuroidentidades*. Elas constituem formas [...] de “autoconstituição objectiva”” (Ortega, 2009: 3).

holista, em toda a plenitude a musicoterapia procura auxiliar a pessoa como um mecanismo que organiza o corpo biológico, mental, cognitivo e consciente (cf. Curado, 2007: 49).

As terapêuticas naturais, como é o caso da musicoterapia, são fenómenos que expressam a “pessoalização” de cada um, o que vem (re)surgindo depois, através de terapêuticas apropriadas. Apoiando esta teoria, Ortega defende que, quando assim se adequa o

“[...] sujeito autónomo, responsável e gestor dos próprios riscos, deve-se adaptar e aprimorar suas capacidades e habilidades [...] Neste contexto, medidas neuroeducativas, aprimoramento cognitivo e outros tipos de práticas neuroascéticas se tornam moeda corrente, atingindo um carácter de quase obrigatoriedade numa sociedade que favorece selves activos e empreendedores” (Ortega, 2009: 11)

uma adaptação que, para além da reabilitação, possibilita uma inserção e redefinição do próprio *eu/* self em mudança. Neste sentido, argumentamos que, “a música ensaia e antecipa aquelas transformações que estão se dando, que vão se dar, ou que deveriam se dar, na sociedade” (Wisnik, 2001: 13) por isso a música se apresenta como um meio que potencia a integração social pois é universal e partilhada em sociedade. Concretamente podemos perceber a música como um instrumento terapêutico que, sendo natural e produzido pelos elementos da raça humana, se realiza na autenticação de equilíbrio da pessoa. Como sabemos o

“[...] corpo humano é um organismo que possui um sistema de circulação ou fluxo energético comparável ao sistema circulatório, sanguíneo. Os conflitos não resolvidos pressionam e impedem a livre circulação em certas zonas corporais, e em determinadas situações geradoras de ansiedade. O indivíduo fica paralisado. Não pode criar respostas novas que tendam a melhorar a realidade que o aflige. Não pode representar” (Fregtman, 1989: 58).

A música funciona aqui como libertadora de opressão e conflito interno. A musicoterapia provoca “catarse como uma liberação de sentimentos inibidos e reprimidos” (Fregtman, 1989: 60). Grande parte deste processo dá-se pelo extravasamento de sentimentos e emoções, pelo apelo ao mais íntimo e reprimido, muitas vezes por pressões sociais no ser humano. Compreende-se neste contexto a importância das emoções no processo terapêutico e educacional e, portanto, percebe-se que as emoções compreendem um papel de extrema relevância na aprendizagem (cf. Spitzer, 2002: 146) não sendo em vão a compreensão segunda a qual, tudo o que apreendemos de forma mais profunda envolve estados emotivos elevados. Com a evocação da compreensão das emoções obtemos a consideração de que, quanto à musicoterapia, “a percepção da música e das emoções que pode suscitar não depende apenas da memória, e não é necessário que a música seja familiar para exercer o seu poder emocional” (Sacks, 2008: 348). Assim, “uma excitação emocional aguda pode levar a reter melhor

determinadas coisas” (Spitzer, 2002: 148). A emoção extravasada pela musicoterapia é expelida de formas muito diversas e acontece de uma forma concreta mas não isolada.<sup>74</sup> Em suma,

“[...] as emoções existem por si mesmas como padrões potenciais do sistema nervoso e podem ser desencadeadas pela música, independentemente de associações específicas com pessoas ou eventos. Isto significa, de fato, que certas passagens musicais, de acordo com a sua forma ou estrutura, podem gerar respostas tais como: alegria, amor ou reverência” (Drury & Watson, 1990: 17).

De forma concreta compreendemos que somos elementos energéticos e por isso recepçamos todas os compostos energéticos em nosso redor, entre os quais a música através das suas ondas sonoras.<sup>75</sup>

Conseguimos perceber a musicoterapia como um instrumento que procura facultar ao indivíduo capacidades para este se readaptar e assim entrar num estado de equilíbrio que lhe trará benefícios e bem-estar.

“[...] a musicoterapia é tomada, aqui, como um processo de minimização ou superação dos problemas advindos de certas doenças e, concomitantemente, de mudança de posição do sujeito na relação com sua doença e com os demais que o cercam. Dizemos “coadjuvantes”, porque o tratamento musicoterápico deve estar inserido, insistimos, em um programa multidisciplinar que envolva necessariamente vários tratamentos que atuam integradamente para a melhoria de qualidade de vida do doente” (Corte & Neto, 2009: 11)

sendo este o principal propósito da terapia pela música. Dentro desta lógica percebemos que muitas vezes, a pessoa, para além de inserido na sua doença, existe nela em permanente sofrimento e, portanto, a musicoterapia deve funcionar como um processo de alargamento de horizontes afastando o indivíduo, a cada passo, desse desgaste emocional que lhe invalida o bem-estar. Contudo, compreende-se a necessidade de, pela teoria da autopoiesis, se sentir o desequilíbrio para que seja possível a evolução para um outro nível de equilíbrio mais autêntico e “seguro”. Mas sabemos que num tratamento musicoterápico “embora essa música faça com que sintamos a dor e o luto mais intensamente, traz-nos ao mesmo tempo consolação e alívio” (Sacks, 2008: 302) pelo expandir de sensações oprimidas. Compreendendo sucintamente a causa do sofrimento humano. Entende-se que ele

---

<sup>74</sup> “[...] a resposta emocional à música é, dir-se-ia, muito difusa e provavelmente não apenas cortical, mas também subcortical, e por isso num quadro de doença cortical difuso como o da doença de Alzheimer, continua a ser possível a percepção da música, a sua apreciação” (Sacks, 2008: 349).

<sup>75</sup> “Quando um corpo vibrante emite som, há energia posta em movimento. Ele emite energia. Os corpos e os instrumentos de música constituem emissores de energia” (Fregtman, 1989: 56) e assim se apreendem as ondas sonoras que potenciam o nosso aprimoramento.

“[...] surge de um modo bastante natural e vai crescendo enquanto a mente procura evitar o seu suporte natural em termos de impermanência e falta de *self* [...] a origem do sofrimento humano é apenas esta tendência de compreender e construir um sentido de *self*, um ego, onde não exista nenhum” (Varela *et al*, 1991: 94),

é por si só uma forma de expressar a existência dentro de uma doença ou acontecimento destrutivo. Assim,

“[...] a tristeza faz parte da vida de cada um, e por vezes precisamos de passar por ela para que a nossa alegria seja mais completa. Abandonarmo-nos ao som lento e reflexivo de uma peça de música pode ajudar o nosso coração a aperceber-se que o nosso desgosto pode ser natural e partilhado, não só com o compositor, mas também com muitos outros que saibam apreciá-la” (Lewis, 2003: 8),

e esta afirmação compreende a importância do processo comunicativo do doente em relação à sua natureza e do mesmo modo, a necessidade que este tem de adquirir alguma autonomia, ainda que para nós escassa ou inexistente, mas que a ele permita controlar o seu próprio ritmo de vida. É aqui que consideramos pertinente subscrever que “a música esculpe o tempo. É indissociável do tempo que passa; organiza o tempo que passa por meio de sons” (Lechevalier, 2008: 49) e permite organizarmo-nos e reorganizarmo-nos.

Entendemos que todo este processo passa claramente por mecanismos de (re)educação para a saúde da pessoa humana. Neste contexto, o papel da musicoterapia é

“[...] ajudar a libertar uma das mais poderosas forças que existem no ser humano: a fantasia. Pois o modo como sentimos sentimentos bons é-nos inato. No entanto, cada pessoa sente essa predisposição de uma forma diferente, cada um de nós tem as suas necessidades e preferências. Consoante a educação, as tendências hereditárias e as particularidades biográficas, uma pessoa pode gostar de ópera e a outra de música *rock*. Por isso, encontrar a felicidade significa sempre também conhecermo-nos a nós próprios e aprender a experimentar um pouco com o nosso dia-a-dia: existem seis milhões de pessoas e seis mil milhões de caminhos para encontrar felicidade” (Klein, 2007: 13)

e pela musicoterapia pode ser traçado um destes trajectos para muitos seres humanos.

A compreensão de si não deve passar pela interiorização de angústias. Assim, a musicoterapia deve funcionar como elemento descompressor e de caminho para a felicidade.

Compreende-se a apresentação de um processo educativo numa lógica emancipadora pois sabemos que, contrariamente a este sentido

“[...] práticas de autoritarismo e de permissividade, de negligência emocional ou de dissintonização cognitiva, exclusivamente adulto – centradas ou infantocentradas, não permitem interacções sensíveis às necessidades emocionais [...] Pelo contrário, o mediatizador deve proporcionar e promover situações onde o sujeito mediatizado interaja com elas de forma dinâmica e de modo a valorizar os seus processos e as suas estruturas cognitivas (*input*, integração-elaboração e *output*)” (Fonseca, 2001: 85).

O equilíbrio que procuramos constantemente e para o qual vamos evoluindo por inúmeras perturbações do nosso sistema autopoietico, pode entender-se como a busca constante pela felicidade, mais do que por qualquer outra coisa na história da vida humana. Da mesma forma enquanto “escutamos a nossa música preferida, temos confiança de que cada nota subsequente à nota anterior dará origem a uma obra maravilhosa” (Lewis, 2003: 19) e assim nos apresentamos perante a vida em sociedade, mais ou menos individualistas, procuramos nota após nota, a essência do nosso bem-estar. Para a obtenção de equilíbrio e de momento de felicidade aferido pelo doente em prática musicoterápica, Lechevalier descreve que aquando da audição musical é sentida uma enorme força emocional que persiste denominando-a por “revelação” (cf. Lechevalier, 2008: 51), o culminar de emoções que apaziguam, equilibram corpo e mente e eliminam dor e sofrimento.

Sabemos que a música, mesmo que auto-produzida pelo cliente, é instrumento de expressão inigualável. Ela

“[...] pode estimular os seus sentimentos, a sua imaginação, o seu sentido de humor, a sua criatividade e também o seu sentido de identidade, de uma maneira única. Pode animá-lo, acalmá-lo, concentrá-lo e mobilizá-lo. Pode restituí-lo a si próprio e, o que não é menos importante, encantar outros, suscitar a sua surpresa e admiração” (Sacks, 2008: 343).

Na mesma sequência lógica podemos abordar a questão do prazer, não da mesma forma como anteriormente abordamos, mas tendo em consideração este sentimento como um potenciador do equilíbrio. Assim Steffan Klein define que

“[...] o verdadeiro objectivo do prazer dos sentidos é manter o nosso corpo num estado de funcionamento o mais perto possível do ideal – naturalmente, convencer-nos a reproduzir. O prazer é um sinal de que o organismo recebe aquilo de que precisa” (Klein, 2007: 69)

e a musicoterapia pode restabelecer energias desta forma na pessoa.

O extravasamento de sentimentos propicia a evolução na pessoa através da prática musical assim, a expressão dos sentimentos sejam eles de que natureza forem, auxilia a compreensão dos comportamentos a nível individual (cf. Bergold & Alvim, 2009: 540). Esta expressão e posterior compreensão a curto, médio ou longo prazo, irão potenciar na pessoa a busca pela sua auto-organização. Importante é, para além de comunicar com o meio, que o indivíduo se envolva e se conheça cada vez mais a si mesmo. É necessário “com urgência e de forma organizada, de uma componente emocional para datas e factos aprendidos, ou seja, de se

envolver com o seu ser interior, de sentir a alegria de estar «aí» (Spitzer, 2002: 149) sentir a alegria de estar vivo e em permanente evolução.

Importa a aquisição da liberdade pela musicoterapia, liberdade esta que tem de ser interior, extravasamento do que é importante ser lançado para o mundo como expressão da doença. Assim Francisco Varela entende que o

“[...] objectivo da atenção/ consciencialização não é libertar a mente do mundo fenomenal; é permitir à mente a capacidade de ser absolutamente presente no mundo. O objectivo não é evitar a acção mas sim estar-se totalmente presente nas nossas acções, de modo a que o comportamento de cada um se torne progressivamente mais responsivo e consciencializado [...] Ser-se progressivamente mais livre é ser-se sensível às condições e possibilidades genuínas de uma situação presente e ser-se capaz de agir de uma forma aberta que não seja condicionada pelo apego e por volições egoístas” (Varela *et al*, 1991: 167).

Nesta medida é que a musicoterapia se encontra como instrumento possibilitador de toda esta liberalização pois a música “pode chamar as pessoas a muitos níveis, entrar nelas, alterá-las” (Sacks, 2008: 346) torná-las mais capazes para consigo e para com o mundo. E como afirma o mesmo autor, para os indivíduos alvo de musicoterapia o instrumento musical apresenta-se como uma necessidade vital (cf. Sacks, 2008: 348), promove a autonomia e a realização da pessoa em si mesma e com os outros pois a musicoterapia enquanto introdução de novidade “podia agir como um activador, um desinibidor” (Sacks, 2008: 239) e assim provocar a evolução da pessoa.

Percebemos que potencialmente o sujeito sofre modificações através da introdução de terapêuticas como a musicoterapia que permitem a flexibilização dos seus padrões auto-organizativos. Num processo inicial de doença

“[...] nossos padrões muito habituais de apego, ansiedade e frustração perfazem os conteúdos da atenção e da consciencialização. O reconhecimento de que estes estão esvaziados de qualquer existência real manifesta-se em si experiencialmente como uma abertura sempre crescente e uma falta de fixação” (Varela *et al*, 1991: 301).

No entanto, a musicoterapia surge aqui como o amparo desejado que vem auxiliar e estimular a pessoa no seu processo curativo. Por este motivo Oliver Sacks apresenta que a musicoterapia actua primordialmente sobre as pessoas isoladas de forma a humanizá-las permanentemente (cf. Sacks, 2008: 303).

Percebemos então que a musicoterapia se apresenta inscrita numa lógica de curar mas também numa lógica de cuidado (Care) pois através dela o nosso cérebro consegue, efectivamente, abstrair-se da doença e prestar atenção aos componentes presentes na música.

“O cuidar na atualidade requer uma epistemologia em expansão e integra todas as formas de conhecimento. Essa integração dos conhecimentos aponta a importância da música na saúde, pois esta atua como catalisadora no sentido de facilitar e aumentar nossas próprias capacidades interiores de cura e auto-cura” (Bergold & Alvim, 2009: 536)

e, assim, de auto-organização. “Nesses momentos, as preocupações e os medos podem perder toda a importância” (Klein, 2007: 111).

A participação do indivíduo no processo de musicoterapia é de extrema relevância quando for possível um envolvimento total. Deste modo, dar ênfase à participação é extremamente importante para aqueles que dela possam usufruir (cf. Edwards, 2004: 2) contudo, devemos compreender a existência de outros estados de desenvolvimento presentes no doente como, a falta de autonomia física e/ou mental. Em consonância com a existência destas patologias compreendemos de forma global que “os sistemas nervoso e músculo-esquelético não podem ser separados; interagem um com o outro para satisfazer as exigências do meio interno e externo” (Edwards, 2004: 2). Neste sentido, o tratamento pode ser efectuado considerando sempre os pressupostos e as implicações do meio. Percebe-se, consoante a percepção apresentada por Varela que, a própria cognição é um acto empírico que se inocula em comportamentos (cf. Varela *et al*, 1991: 36).

Por isto mesmo é que, como vimos já neste trabalho, alguns musicólogos e musicoterapeutas defendem a utilização de música familiar ao doente, onde este possa encontrar significado, antes de introduzir qualquer tipo de novidade que se pode tornar insignificante. Por outro lado, compreendemos que uma terapêutica musical repetitiva e somente familiar pode conservar o sujeito em sua “cúpula” doentia por não existir introdução de novidade.<sup>76</sup>

Aquilo que com a musicoterapia o indivíduo deve adquirir deve passar “da «vontade» e da intencionalidade da música, para poder recuperar a liberdade e a sua própria melodia cinética” (Sacks, 2008: 262) a autopoiesis pessoal em conjugação com as limitações e o meio.

Assim, como função da prática da musicoterapia Francisco Varela considera que

“[...] em vez de adicionarmos camadas de abstracção continuada, deveríamos regressar ao ponto em que começamos, ao aspecto concreto e à particularidade da nossa própria existência – mesmo num esforço de reflexão [...] é ser capaz de ver as nossas actividades

---

<sup>76</sup> “Esta atitude abstracta é o fato espacial, o acolchoamento de hábitos e preconceitos, a armadura com a qual cada um se distancia habitualmente da sua própria experiência [...] A dissociação da mente e do corpo, da consciencialização e da experiência, é o resultado do hábito, e estes hábitos podem ser quebrados” (Varela *et al*, 1991: 52).

como reflexos de uma estrutura sem perder de vista o carácter directo da nossa própria experiência” (Varela *et al*, 1991: 35)

o que consideramos possível através da prática musicoterápica por procurar o encontro do ser humano com as suas origens naturais. Assim, dentro destas terapêuticas sabemos que certas músicas, que se encontrem adequadas ao contexto, podem representar para o paciente uma orientação para a estabilização (cf. Sacks, 2008: 339) e, da mesma forma, suscitando motivação no doente para sessões terapêuticas futuras neste e outros âmbitos de intervenção. Procuramos provar a afirmação anterior pois percebemos que

“[...] a nossa «susceptibilidade à música», e a capacidade que a mesma tem de nos afectar – acalmando, animando, reconfortando, emocionando ou servindo para organizar e sincronizar as nossas actividades lúdicas ou laborais [...] Tais pacientes podem reagir poderosa e especificamente aos estímulos musicais (por vezes, os únicos, ou quase, a que reagem)” (Sacks, 2008: 15).

Interessante é ainda referenciar que apesar da ausência de sonoridade, muitas vezes, encontramos-nos a escutar música em nossa mente (cf. Sacks, 2008: 53) e, desta forma, atrevemo-nos a colocar a afirmação de Oliver Sacks para finalizar esta abordagem, quando este nos remete para a seguinte questão:

“Talvez não seja o sistema nervoso, mas a música em si que tem qualquer coisa de único – a vibração, os contornos melódicos, tão diferentes dos do discurso, e a ligação singularmente directa com as emoções” (Sacks, 2008: 53).



### 3. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE É EDUCAR AO LONGO DA VIDA

“Algumas pessoas conseguem fazer os anjos chorar de alegria ao escutar o som do seu canto; outros são capazes de os afugentar, em busca de abrigo. Quer a tua voz seja mais ou menos melódica, cantar um pouco todos os dias ajuda-nos a entrar em contacto com o grande cântico da criação” (Lewis, 2003: 3).

#### 3.1. Educação, Educação para a Saúde e *Empowerment*

Cabe-nos nesta abordagem analisar a educação de um ponto de vista mais amplo, pois é nesse campo que esta dissertação se insere. É relativamente consensual que devemos perceber a educação como um processo que não é apenas formal, mas também não-formal e informal, e que todos esses processos, complementares ou contraditórios, ocorrem ao longo da vida do indivíduo.

O sentido de educação vem-se construindo em permanente alargamento e, portanto, “a própria educação está em plena mutação, as possibilidades de aprender oferecidas pela sociedade exterior à escola multiplicam-se em todos os domínios” (Delors, 1996: 89).

A educação que aqui procuramos expressar é aquela que permite a plena emancipação do ser humano enquanto ser em permanente busca. Para tal, consideramos essencial perceber o “inacabamento ou a inconclusão do homem”, como refere Paulo Freire<sup>77</sup>.

E se estamos em busca constante, isso justifica que assumamos uma outra perspectiva, de maior abertura face à educação e à aprendizagem ao longo da vida. Neste sentido, um objectivo primordial que consideramos pertinente enquanto elemento característico da educação, é o de incentivar a pessoa para

“[...] estar à altura de aproveitar e explorar, do começo ao fim da vida, todas as ocasiões de actualizar, aprofundar e enriquecer estes primeiros conhecimentos, e de se adaptar a um mundo em mudança” (Delors, 1996: 77).

Claramente se concebe que a educação, como acção sociológica que é, tem essencialmente uma função social ao proporcionar mais e melhores escolhas (cf. Dewey, 2005:

---

<sup>77</sup> Nas palavras deste pedagogo: “O cão e a árvore também são inacabados, mas o homem se sabe inacabado e por isso se educa. Não haveria educação se o homem fosse um ser acabado [...] é um ser na busca constante de ser mais e, como pode fazer esta auto-reflexão, pode descobrir-se como um ser inacabado, que está em constante busca. Eis aqui a raiz da educação” (Freire, 1979: 14).

27). Referimo-nos a uma educação que promove o bem-estar dos indivíduos envolvidos em seus processos e portanto lhes potencia a saúde. É compreendida a conectividade entre o sentido de educação ao longo da vida e saúde pois, através da aquisição de conhecimentos, por aprendizagens quotidianas (formais, não formais ou informais) e formação, no indivíduo se potenciam os conhecimentos sobre si mesmo e sobre a sua saúde. Ainda neste sentido é compreensível que a educação só se concretize aquando da existência de condições de saúde no indivíduo (cf. Antunes, 2008: 47).

Mediante estes propósitos é plausível afirmar-se que “à educação cabe fornecer, dalgum modo, a cartografia de um mundo complexo e constantemente agitado e, ao mesmo tempo, a bússola que permita navegar através dele” (Delors, 1996:77), sendo que, nesta medida, a educação apresenta-se como a forma de conseguir ultrapassar obstáculos e fazer sucumbir o máximo de potencialidades de cada um<sup>78</sup>.

A UNESCO vem a considerar, no que concerne aos componentes estruturantes da educação, quatro pilares de base da ciência que é a educação, sendo eles: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver e aprender a ser (cf. Antunes, 2008: 51). Estes quatro pilares regentes do processo educativo demonstram, no nosso entender, a amplitude do âmbito de actuação da educação e o seu importantíssimo papel na vida quotidiana de todo o Homem, que vive e se adapta, a cada dia. Por conseguinte, consideramos relevante explicitar, segundo Jacques Delors, a significação de cada um destes princípios regentes e intimamente integrados no processo educativo. Perante o primeiro pilar apresentado, *aprender a conhecer*, pode dizer-se que através desta forma de aprendizagem consegue adquirir-se um maior domínio dos instrumentos e conhecimentos, sendo ao mesmo tempo, meio e fim para o indivíduo (cf. Delors, 1996: 78).

No que concerne a, *aprender a fazer*, e apesar de se perceber indissociável este último principio do primeiro, *aprender a conhecer*, percepção-se que esta

“[...] segunda aprendizagem está mais ligada à questão da formação profissional: como ensinar o aluno a levar à prática os seus conhecimentos e, também, como adaptar a educação ao trabalho futuro quando não se pode prever qual será a sua evolução?” (Delors, 1996: 80).

---

<sup>78</sup> Percebemos assim a educação como “a prática que se exerce sem objectivo limitado, esforçando-se por desenvolver a polivalência da pessoa e, como tal, ao mesmo tempo alargar a sua cultura, quer as suas possibilidades de escolhas profissionais ou outras” (Silva, 2003: 28).

O princípio referente a *aprender a viver*, surge associado ao aprendizado de vivências em comunidade, o que nos interessa grandemente na abordagem em questão, caracterizando-se como um dos maiores desafios para as ciências da educação pois o ser humano, tendencialmente valorativo das suas qualidades, propende a possuir pré-conceitos depreciativos dos elementos de outros grupos (cf. Delors, 1996: 83) o que procura ser desmistificado através da prática da educação e da capacitação para uma maior liberdade e abertura cultural e social.

Por último, é apresentado o princípio educativo de, *aprender a ser*, que vai de encontro ao modelo de *empowerment*, o qual iremos abordar mais à frente, presente numa abordagem holista e no qual assentam, no nosso entender, as práticas de musicoterapia. Neste sentido, entende-se que

“[...] a educação deve contribuir para o desenvolvimento total da pessoa – espírito e corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade. Todo o ser humano deve ser preparado, especialmente graças à educação que recebe na juventude, para elaborar pensamentos autônomos e críticos e para formular os seus próprios juízos de valor, de modo a poder decidir, por si mesmo, como agir nas diferentes circunstâncias da vida” (Delors, 1996: 86).

O conceito de educação sofreu também evoluções, considerando-se hoje uma concepção holista segundo a qual o ser humano é edificado nas suas (inter)relações quotidianas e aprendizagens individuais aos mais diversos níveis do seu *ethos* pessoal e social. Desta forma, compreendem-se distintas práticas de educação holista como promotoras da educação ao longo da vida. Nesta medida explicita-se que, de forma contextualizada, estamos perante um período de alterações paradigmáticas nas ciências da educação (cf. Fregtman, 1989: 13) e, portanto, ao trabalho realizado para a compreensão de um todo que é o ser humano. Essencialmente pode fazer-se uma analogia simples e real, podemos compreender o ser humano como um todo tal como se compreende a natureza e as leis da ciência. Em consonância com

“[...] a teoria da «ordem implicada», que, segundo o seu autor, David Bohm, pode constituir uma base comum tanto à teoria quântica como à teoria da relatividade, concebe a consciência e a matéria como interdependentes sem, no entanto, estarem ligadas por nexos de causalidade. São antes duas projecções, mutuamente envolventes, de uma realidade mais alta que não é nem matéria nem consciência” (Santos, 2007: 39).

Assim se deve compreender a plenitude do ser humano em toda a sua complexidade e singularidade para somente depois intervir em educação para a saúde.

Para além do desenvolvimento que o educador deve procurar promover no indivíduo, da forma mais holista possível, ele deve ainda “oferecer-lhe” instrumentos de autonomização. É neste padrão que se define a educação para a saúde como um processo que se baseia na

aprendizagem projectada para possibilitar uma tomada de decisões mais consciente quanto à própria saúde (cf. Oliveira, 2004: 46). Para ser possível esta tomada de decisões devidamente fundamentadas é necessário atribuir conhecimento ao indivíduo através da introdução de novas competências que lhe permitam evoluir para um estado de maior conhecimento.

Tal como vem sendo reconfigurado o conceito de educação, também o conceito de saúde tem vindo a sofrer alterações ao longo das últimas décadas, o que surge tendo por base as conferências internacionais de Cuidados de Saúde Primários e posteriormente as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde. Entende-se que saúde, para além da ausência de doença é percebida primeiramente, de uma forma mais ampla, enquanto: “completo bem-estar físico, mental e social” (Antunes, 2008: 53) do indivíduo, passando mais tarde esta percepção de saúde a ser alargada de forma ainda mais holista, no sentido de abarcar todas as dimensões do ser humano, tal como a dimensão espiritual.

A educação possui um papel fulcral no desenvolvimento permanente do ser humano contribuindo, assim, para a saúde plena dos indivíduos. Este processo educativo deve ir de encontro à capacitação da pessoa para que esta possa tornar-se detentora de conhecimentos que lhe permitam conhecer-se e auto regular-se<sup>79</sup>. É nesta medida que a educação para a saúde é percebida, muito mais abrangentemente, do que num sentido de *educação bancária*, assim como a saúde abandona o modelo biomédico, centrado na unilateralidade de informação (sendo esta exclusiva dos profissionais de saúde) e limitação de conhecimentos por parte do sujeito.

A educação para a saúde deve passar pela compreensão do ser humano, de todas as suas componentes, aprendendo este a lidar conscientemente com o seu corpo e a sua mente e assim com o seu *self*. As mudanças de comportamentos e a prevenção passam a ser, assim, áreas de intervenção fulcrais da educação para a saúde. O educador para a saúde é a pessoa que parte da comunidade procurando a mudança de comportamentos e buscando potenciar a alteração de padrões auto-organizativos quer de grupos quer de individualidades.

Segundo uma definição, que vai de encontro aos objectivos aqui apresentados, compreende-se que

---

<sup>79</sup> “Educação para a Saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...] produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicção e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida” (Tones & Tilford, 1994 *in* Carvalho, 2004: 15).

“[...] educação para a saúde, na sua acepção corrente, visa promover mudanças comportamentais positivas em indivíduos, grupos e populações, em ordem a abandonarem comportamentos que se julga causarem malefícios na saúde e adoptarem comportamentos promotores da saúde” (Cruz Reis, 2005: 62).

Nesta medida, as práticas de educação para a saúde, utilizando a metodologia que se considerar mais pertinente para as pessoas em questão, visa auxiliá-las para que consigam compreender e gerir as múltiplas dificuldades trazidas por uma doença (cf. Oliveira, 2006:9). Desta forma a educação para a saúde entende-se como “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vista a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde” (Candeias, 1997: 210).

Do mesmo modo, importa promover e modificar comportamentos para que sejam prementes comportamentos o mais salutareis possível<sup>80</sup>.

Importa ainda referir em breves linhas a distinção clara entre os conceitos de promoção e educação para a saúde, que nos vêm aparecendo ao longo da nossa abordagem teórica. Compreende-se que

“[...] a educação para a saúde procura desencadear mudanças de comportamento individual, enquanto que a promoção em saúde, muito embora inclua sempre a educação em saúde, visa provocar mudanças de comportamento organizacional” (Candeias, 1997: 211)

e, portanto, compreende-se a educação para a saúde como o acto concreto de actuação sobre as causas e descoberta da melhor trajectória de recuperação ou deslocamento do plano de vida.

Ao proferir educação ao longo da vida compreendemos o sentido da educação permanente, contudo, devemos sempre considerar em educação permanente o facto da história do indivíduo não estar por construir mas estar previamente enraizada em todas as suas formas de agir e pensar. Por este motivo, é também apontada como relevante a relação entre a educação para adultos e a ponderação da história de vida do indivíduo, considerando-se necessário “satisfazer as necessidades e aspirações do adulto em toda a sua diversidade” (Dias,

---

<sup>80</sup> “[...] o *comportamento saudável* é caracterizado como os atributos pessoais, designadamente crenças, expectativas, motivos, valores, percepções e outros atributos cognitivos e de personalidade, que se relacionam com a manutenção, recuperação ou promoção da saúde” (Cruz Reis, 2005: 63).

2009: 204) no sentido da valorização das experiências, considerando-as sempre antes de qualquer actuação e do reforço de conhecimentos<sup>81</sup>.

É nesta medida que ao efectuarmos a análise em questão consideramos fulcral a avaliação precisa do historial de vivências do doente e, assim, se compreende que o princípio de um acto de conhecimento deve estar na experiência de vida individual de cada um (cf. Max Planck *in* McFarlane, 2002: 59). Essencial é “ter em conta as condições culturais e sociais da aprendizagem” (Bertrand, 2001: 116).

Consideramos que qualquer processo educativo procura ao máximo combater a depreciação das potencialidades do ser humano, através dos mecanismos de educação integradora. Paulo Freire afirma que

“[...] como marginalizados, seres fora de ou à margem de a solução para eles estaria em que fossem integrados, incorporados à sociedade sadia de onde um dia partiram, renunciando, como trânsfugas, a uma vida feliz. Sua solução estaria em deixarem a condição de ser seres fora de e assumirem a de seres dentro de” (Freire, 1976: 85),

posição extremamente partilhada por indivíduos portadores de distintas deficiências ou doenças crónicas. Para estes agentes, insistimos compreender na educação o papel libertador e potenciador de desenvolvimento.

A educação dos jovens é apontada como a preparação para a educação de adultos e parte do processo de educação ao longo da vida: “a escola deve preparar para a educação ao longo da vida” (Dias, 2009: 209) uma educação permanente e não uma mera passagem para a mercantilização da pessoa<sup>82</sup>.

Ao analisarmos de forma mais precisa a compreensão da educação ao longo da vida percebemos que, acima de tudo, ela deve compreender-se como um processo de

“[...] libertação autêntica, que é a humanização em processo, não é uma coisa que se deposita nos homens. Não é uma palavra a mais, oca, mitificante. É praxis, que implica na acção e na reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo” (Freire, 1976: 95).

---

<sup>81</sup> “[...] a formação de adultos, tanto ao nível dos discursos – científicos, económicos, políticos – como das práticas, desafia-nos a construir um projecto de desocultação de explícitos e implícitos presentes nos diferentes níveis antes enunciados” (Silva, 2003: 25).

<sup>82</sup> “Não basta, de facto, que cada um acumule no começo da vida uma determinada quantidade de conhecimentos de que possa abastecer-se indefinidamente. É, antes, necessário estar à altura de aproveitar e explorar, do começo ao fim da vida, todas as ocasiões de actualizar, aprofundar e enriquecer estes primeiros conhecimentos, e de se adaptar a um mundo em mudança” (Delors, 1996: 77).

Educar para a Saúde é um acto de construção do indivíduo em potência, é um acto orientado pela retenção de novas realidades. É, portanto, um acto de dar a conhecer novos pressupostos expondo-os ao indivíduo. Compreende-se que o próprio verbo dar declara uma simbiose entre justiça e educação ao longo da vida (cf. Dias, 2009: 346).

A educação ao longo da vida abrange todos os âmbitos de compreensão em que o Homem se possa integrar e para além disso

“A educação ao longo de toda a vida torna-se [...] para nós, o meio de chegar a um equilíbrio mais perfeito entre trabalho e aprendizagem e ao exercício duma cidadania activa” (Delors, 1996: 90).

Da mesma forma, é através da educação que se “aprende a pensar” a pensar sempre bem, pois o pensamento no ser humano é a forma de liberdade mais expressa e impossível de controlar por ser autêntico, mas dependente do conhecimento que o potencia. Entendemos assim a educação enquanto experiência de libertação<sup>83</sup>, sendo fulcral a integração e o “soltar das amarras” pela educação para a saúde. Por este motivo é que Paulo Freire nos faz reflectir pois considera que a educação se caracteriza por ser

“[...] um que fazer permanente. Permanente, na razão da inconclusão dos homens e do dever da realidade. Desta maneira, a educação se refaz constantemente em praxis” (Freire, 1976: 103).

A educação é entendida por outros autores como sendo essencialmente um acto de criação e criatividade<sup>84</sup>. Integrando a musicoterapia e o seu instrumento de utilização, a música, nesta perspectiva de criação, enquanto

“[...] expressão cultural é listada como uma das oito competências necessárias para a aprendizagem ao longo da vida [...] A contribuição da arte para a cultura das comunidades é fundamental, assim como é fundamental que se promova educação de qualidade através da arte” (Eça, 2010: 21).

O ser humano deve ser entendido de forma complexa e versátil, um ser em permanente construção. Como já referimos “somos por natureza criaturas sociais que querem e necessitam da companhia de outras pessoas” (Rachels, 2004: 87). Por isso se compreende que a acção

---

<sup>83</sup> “A educação como prática da liberdade, ao contrário daquela que é prática da dominação, implica na negação do homem abstracto, isolado, solto, desligado do mundo, assim também na negação do mundo como uma realidade ausente dos homens” (Freire, 1976: 100).

<sup>84</sup> “[...] por educação criadora há que entender uma experiência educativa que visa a criatividade existencial do ser humano e o desenvolvimento contínuo de todo o seu potencial pela via das actividades educativas, que têm sentido para ele, que o afectam e o transformam em todas as suas dimensões pessoais” (Bertrand, 2001: 41).

educativa deve ir de encontro à mudança de padrões através de distintas metodologias, que possibilitem ao indivíduo a sua reconstrução, depois da assimilação da novidade/ informação. Julgamos que se deve ir de encontro à teoria da acção racional, na medida em que cada projecto educativo deve levar os participantes a perceberem em que aspectos têm de mudar e devem evoluir. Todo o indivíduo possui uma enorme capacidade de auto-invenção, estando esta capacidade conectada a um processo de educação ao longo da vida. Contudo, tudo o que foi referido no que concerne à auto-criação, implica a utilização do Modelo do *empowerment* para a população envolvida pois, quanto mais capacidades activas tiverem (mais *empowerment*) mais educação e auto-criação é possível efectuar. Para tal consideramos que a musicoterapia pode funcionar como instrumento impulsionador desta auto-criação, muitas vezes processos reprimidos e/ou por descobrir.

Para que esta prática seja possível o “confronto com padrões de construção do mundo diferentes é uma das principais fontes de aprendizagem, e possibilita a complexificação dos padrões já existentes” (Oliveira, 1999: 323) e, assim, a necessidade de criação ou recriação do próprio indivíduo. Por isso mesmo se compreende que toda a aprendizagem conduz à mudança sendo a educação o processo pelo qual é alterado o aprendente (cf. Fregtman, 1989: 14) e este processo se traduz em mais conhecimento.

Também a educação comunitária pode ser entendida como forma de educação para a saúde feita por e para o indivíduo com alguma necessidade. Aqui devemos salientar similarmente o ideal de “emancipação humana como sendo sobretudo um projecto colectivo de transformação da sociedade” (Afonso, 2001b: 225). Podemos ainda fazer referência à animação sociocultural como instrumento de acção educativa para a saúde nas comunidades. Percepciona-se a

“[...] animação sociocultural como um dos vectores para a humanização das nossas sociedades [...] Daí as actividades de Animação sócio-comunitária serem vistas como maneiras de contestar as rotinas, os estereótipos e os conformismos dominantes, no intuito de alcançar uma maior qualidade de vida” (Santos, 2007: 57).

Nesta medida podemos integrar a musicoterapia como sendo, para além de uma prática de reabilitação terapêutica, uma prática de “dar ânimo”, de animação sócio-educativa em saúde.

O objectivo da educação comunitária é a capacitação das comunidades e do indivíduo para alterar, de alguma forma, o meio em que vive. Assim, a intervenção comunitária pode ser uma forma de educação para a saúde e uma parte importante do desenvolvimento salutogénico, sendo o bem-estar da pessoa humana, condição fulcral para a saúde. A este propósito



procurámos argumentos relevantes nas cartas referentes às Conferências de Promoção da Saúde. Na primeira conferência, em 1978, tal como já referenciamos, definiu-se a saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1978: 1). Nesta conferência foi saliente a extrema necessidade de assegurar a todas as populações do globo cuidados de saúde primários. Estes cuidados de saúde primários “incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle” (OMS, 1978: 2). Seguidamente, pela carta de Ottawa, surgiu a primeira conferência internacional de promoção da saúde, em 1986, onde se consagraram as condições essenciais ao bem-estar e assim à saúde de todo o ser humano<sup>85</sup>. Foi nesta mesma conferência que se começou por abordar de forma concreta a necessidade da capacitação das populações para o controlo do seu estado de saúde/ doença através da educação permanente<sup>86</sup>.

Na conferência de Adelaide, em 1988, foram enfatizadas políticas públicas necessárias a adoptar para uma maior capacitação e emancipação das populações bem como ao nível das acessibilidades e equidade aos serviços de saúde:

“Para superar as desigualdades existentes entre as pessoas em desvantagem social e educacional e as mais abastadas, requer-se políticas que busquem incrementar o acesso daquelas pessoas a bens e serviços promotores de saúde, e criar ambientes favoráveis. [...] alta prioridade aos grupo mais desprivilegiados e vulneráveis” (OMS, 1988: 2).

Na conferência de Sundsvall, em 1991, a prioridade recaiu maioritariamente, tal como em conferências anteriores, na necessidade de capacitar as populações. Para tal, foi introduzida como uma das quatro acções estratégicas de saúde pública: “Habilitar as comunidades e os indivíduos para controlarem a sua saúde e o ambiente, através da educação e capacitação (*empowerment*)” (OMS, 1991: 3).

A educação comunitário foi premente na Declaração de Jacarta, de 1997, segundo a qual promover a saúde é um acto a ser desenvolvido pela e com a população para um melhoramento das habilidades pessoais para uma superior acção sobre os determinantes de saúde (cf. OMS, 1997: 6).

---

<sup>85</sup> “As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda – ecossistema estável – recursos sustentáveis – justiça social e equidade” (OMS, 1986: 1).

<sup>86</sup> “É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crónicas e causas externas” (OMS, 1986: 3).

Dentro desta lógica de intervenção comunitária para o melhoramento das condições de saúde dos indivíduos, encontramos ainda a declaração de Bangkok, correspondente à sexta conferência internacional sobre promoção da saúde em 2005, onde se continua a considerar fulcral e urgente para as populações

“[...] ter os direitos, os recursos e as oportunidades para que suas contribuições sejam amplificadas e mantidas. Apoio para a capacitação dos indivíduos é particularmente importante nas comunidades menos desenvolvidas” (OMS, 2005: 5).

Por fim, realizou-se em 2009 a sétima conferência desta natureza, em Nairobi no Quênia, intitulada “Call to Action” onde se acentua a necessidade extrema de agir, de aplicar a teoria à prática, de efectuar a *praxis* falada por Paulo Freire, que resulta em mudança. Aponta-se como urgente dar capacidade a indivíduos e comunidades, incentivando a participação e uma construção firme de conhecimentos<sup>87</sup> e, portanto, capacitar para dar lugar à integração e à participação de todos.

É relevante realçar que o lugar da acção comunitária em educação é a comunidade e as metodologias de acção comunitária devem ser baseadas no *empoderamento* e na participação de todos os envolvidos. Dá-se assim total importância à participação e à prática criativa, individual e crítica, por parte de todos os intervenientes na acção comunitária e não somente o educador<sup>88</sup>. Neste sentido salientamos a permanente necessidade de existência de projectos que, por si só, procurem ser delineados dentro dos padrões de necessidades e complexidades do sujeito em musicoterapia. Esclarecendo, sabemos que projectar é definido como o lançar para longe, importa essencialmente a vontade que a pessoa possua para aplicar o projecto, ele é a concretização da metodologia empírica anteriormente delineada (cf. Marc & Garcia-Locqueneux, 1995: 355) e a isto consideramos que se resume a aplicação musicoterápica entendida enquanto projecto de acção em intervenção educativa.

Importa realçar a valorização da avaliação contínua quanto às acções promovidas, sendo que é através da avaliação que podemos chegar “à tomada de consciência do modo como futuras acções poderão ser conduzidas” (Estrela & Nóvoa, 2003: 121). Neste sentido é que se

---

<sup>87</sup> “Empower communities and individuals; Enhance participatory processes; Build and apply knowledge” (OMS, 2009: 2).

<sup>88</sup> “A prática problematizadora, não distingue estes momentos no que fazer do educador-educando. Não é sujeito cognoscente em um, e sujeito narrador em outro. É sempre um sujeito cognoscente, quer quando se prepara, quer quando se encontra dialógicamente com os educandos” (Freire, 1975: 98).

compreende em educação que “qualquer novo projecto é um projecto novo: mesmo que se inspire numa acção anterior, tem de adaptar-se a contextos que são de algum modo únicos” (Estrela & Nóvoa, 2003: 121). Ao falarmos em avaliação de um projecto educativo, falamos em simultâneo, da necessidade de envolver os indivíduos, os participantes em todo este processo<sup>89</sup>. Por este motivo, apontamos que a avaliação é um “momento de diálogo entre os diversos actores e de confrontação entre pontos de vista distintos” (Estrela & Nóvoa, 2003:121). Esta apreciação, tal como verificamos, foi proposta na recomendação de Nairobi, no sentido de promover a plena consciencialização através da participação e assim da responsabilização de todos os indivíduos participantes da acção educativa.

A investigação é definida como um processo reflexivo, sistemático, controlado e crítico com o objectivo de estudar algum aspecto da realidade com finalidade prática. A acção é definida com o propósito da investigação, fonte de conhecimento. Em educação para a saúde o processo de investigação passa-se na aplicação da acção que nada mais é senão a implementação real da investigação precursora. O mesmo se dá, claramente, em musicoterapia.

A participação é, contudo, efectuada por todos os intervenientes no projecto, quer profissionais, quer destinatários/ contribuintes do processo. Importantíssimo é, portanto, envolver os protagonistas. Assim

“[...] importa recordar aqui que as hipóteses de êxito de um projecto são condicionadas pela implicação daqueles que deverão executá-lo. Insiste-se, pois, na necessidade de os fazer participar, de os consultar o mais cedo possível. Recolhe-se e explora-se as informações e as ideias de todos os protagonistas (brainstorming). Não se deixa de lhes explicar por que razão tal método ou tal ideia acabaram por não ser escolhidos” (Marc & Garcia-Locqueneux, 1995: 362).

Na medida da implementação da musicoterapia como uma prática de educação para a saúde, compreendemos a participação do sujeito como um processo mais que necessário, sendo assim indispensável à promoção do bem-estar e da autonomia da pessoa<sup>90</sup>.

---

<sup>89</sup> “[...] é necessário que os programas se dotem de instrumentos de auto-análise da acção e que levem à prática um esforço de reflexão partilhada ao longo de todo o processo” (Estrela & Nóvoa, 2003:121).

<sup>90</sup> “A noção de participação merece destaque porque é, ainda hoje, fruto de grandes equívocos e clarificar as águas nos novos conceitos é, inevitavelmente, abrir novos percursos. [...] a reunião de esforços de todos os que se preocupam com a resolução desses problemas de forma a traçar objectivos comuns (sejam quais forem as divergências noutros domínios da vida social)” (Guerra, 2002: 101).

Entendemos que na educação e assim promoção da saúde a participação comunitária aparece como proposta metodológica. A educação, nesta medida, é entendida como um processo global ao longo de toda a vida do ser humano que se afigura em distintas fases da educação formal, não-formal e informal (cf. Dias, 1993: 6) o que pode ainda ocorrer de múltiplas formas, sempre associada a uma concepção holista de saúde, perspectivando o pleno bem-estar aos mais diversos níveis do ser humano. A saúde compreende-se assim através da intervenção comunitária pela educação. A educação para a saúde surge no sentido de um maior bem-estar e de uma maior qualidade de vida para o sujeito.

O musicoterapeuta, como qualquer outro técnico de saúde que partilhe diariamente experiências educativas com o indivíduo, é um educador comunitário para a saúde e apresenta um papel fulcral na mediação do processo de intervenção. Assim, comunicar, informar, formar, emancipar, interpretar as necessidades e os saberes da população, são funções básicas destes profissionais. Informar sobre os programas/ medidas existentes e promover informação e formação, é o papel do educador, pois participar implica antes capacitar. O papel do educador deve ser enfatizado, como um mediador das diferenças físicas, psicológicas, culturais, sociais etc., através da implementação de projectos de intervenção apropriados. É o interlocutor entre a pessoa e a comunidade e muitas vezes, entre esta e os órgãos de poder, possibilitando a interacção directa. Assim, o papel do educador comunitário será o de “animar uma sessão destinada a um público [...] [e de efectuar] uma intervenção/acção, em torno de um projecto que se constrói em tempo real” (Marc & Garcia-Locqueneux, 1995: 358).

Com estes pressupostos percebemos que o processo de educação pode tomar imensos rumos sendo que este é apontado como o caminho para a autonomia nas mais diversas áreas onde se inclui a educação para a saúde. Acima de tudo, o educador, aqui percebido como o musicoterapeuta, deve ser o promotor da multiculturalidade, abertura, solidariedade e intercâmbio. Por isto mesmo estes actores devem ser, acima de tudo, “vistos como inovadores e dinâmicos. Querendo dizer-se com isso que, são desviantes em relação ao padrão cultural dominante, isto é, estão do outro lado da margem” (Santos, 2007: 57).

Aquilo que se procura salientar nesta abordagem está centrado na importância da educação para o desenvolvimento do ser humano na sua plenitude e, portanto, vimos apresentar a necessidade de se considerarem novas formas de educar. Interessa similarmente salientar projectos “que dêem conta de formas novas e criativas de educar, de avaliar, de organizar a escola, de aprender, de ser aluno(a) e de ser professor(a)” (Afonso, 2004: 21) tal como nós

entendemos a musicoterapia. No que concerne à prática musicoterápica para o melhoramento da participação e do bem-estar dos seus usuários, podemos alicerçar a posição de Dewey quando este apresenta que o principal papel da educação é descobrir novas competências (cf. Dewey, 2005: 36). Referenciamos ainda a Declaração Universal dos Direitos do Homem mediante a qual, compete à educação, “visar à plena expansão da personalidade humana e ao reforço dos direitos humanos e das liberdades fundamentais e deve favorecer a compreensão, a tolerância e a amizade” (ONU, 1948: 10) e, assim, ser promovida das mais diversas formas desde que, para ela se contribua.

Hoje possui-se uma percepção distinta daquilo que é mais claro e importante a conhecer no ser humano. Abandonando passo a passo um paradigma biomédico, conhecemo-nos cada vez mais e melhor em toda a nossa transversalidade. Portanto, “a distinção dicotômica entre ciências naturais e ciências sociais deixou de ter sentido e utilidade” (Santos, 2007: 37). Pela crescente evolução e “intercruzamento” das múltiplas ciências/ interdisciplinaridade, a humanidade lança-se hoje na descoberta das suas mais distintas e profundas especificidades (cf. Santos, 2007: 38) e, a esta reflexão sobre si mesmos, podemos assimilar a musicoterapia enquanto produção do ser humano para si mesmo, com capacidades auto-curativas. O que se pretende com a prática da musicoterapia, considerando-a um processo de educação para a saúde por excelência, é a auto-descoberta do indivíduo e do mundo em seu redor: “a verdade em si mesma [...] só pode ser auto-entendida no seio da consciência mais profunda do indivíduo” (Buda *in* McFarlane, 2002: 60).

A pessoa humana tem de ser actor do mundo, mundo que é construído e existe em consciência pela existência do ser humano e, portanto

“[...] a educação não é um processo de adaptação do indivíduo à sociedade. O homem deve transformar a realidade para ser mais [...] O homem se identifica com a sua própria ação: objetiva o tempo, temporaliza-se, faz-se homem-história” (Freire, 1979: 17),

constrói-se e reconstrói-se pela educação. Por esta incontável complexidade, Paulo Freire caracteriza ainda a educação como “especificamente humana [...] por isso política, é artística e moral, serve-se de meios, de técnicas, envolve frustrações, medos, desejos” (Freire, 1997: 78) e, no nosso entender, acima de tudo vontades.

### **3.1.1. Modelos de Capacitação e *Empowerment***

Antes de compreendermos como se enquadram os Modelos de Capacitação em Educação para a Saúde, mais concretamente o Modelo de *empowerment* que já vimos

abordando nesta análise, consideramos pertinente perceber a que se refere um modelo Holista em Saúde. Desta forma

“[...] para além de defender uma abordagem global da pessoa, salienta ainda a necessidade de ser considerada a sua autonomia conceitual a afectiva [...] e atribui ao médico ou terapeuta um estatuto epistemológico e relacional diferente do tradicional” (Cruz Reis, 2005: 23)

o que facilita a nossa compreensão no que se refere à importância da musicoterapia em educação para a saúde. Segundo uma concepção holista, globalizante e preceptora de todas as partes, compreende-se o ser humano na sua totalidade em seu habitat físico e social, assim, a patologia pode ser entendida de forma criativa para uma reavaliação dos objectivos pessoais da pessoa portadora de doença. Cruz Reis, 2005: 26).

Interpreta-se a saúde de tal forma que

“[...] significações pessoais são um componente fundamental das concepções de saúde e doença. Saúde como processo dinâmico e não como meta final utópica; saúde é um processo teleonómico no contexto da existência individual” (Cruz Reis, 2005: 26).

A saúde é, portanto, uma construção ao longo do tempo que se insere em processos de educação sucessivos e constantes.

Consideramos de extrema relevância apresentar alguma fundamentação acerca do que, no nosso entender, consideramos ser o modelo em que deve assentar a nossa análise. Desta forma, consideramos ser premente a fundamentação da educação para a saúde através dos processos de capacitação para a plena participação.

Nesta medida, são considerados os Modelos de Capacitação como procedimentos para ajudar o indivíduo a tornar-se mais autêntico e autónomo, potenciando a utilização de toda a sua capacidade no exercício dos seus desejos. Compreendendo este processo de tomada de consciência de si e do mundo, por parte dos indivíduos alvo de distintas formas de educação, pode afirmar-se que

“Os projectos poderão desenvolver, simultaneamente, a capacidade e a oportunidade de indivíduos e grupos desempenharem um papel pleno na vida económica e social” (Estatutos da APPACDM, 2000: 12).

Dentro dos Modelos referenciados, e como é perceptível, importa compreender o conceito de *empowerment* enquanto um conceito repleto de variâncias e potencialidades para o indivíduo, sempre dentro das suas limitações, mas em consonância com as estruturas do meio, potenciadoras de desenvolvimento. Por *empowerment* pode entender-se uma multiplicidade de significados, de entre os quais, gostaríamos de esclarecer os seguintes:

“[...] empoderamento, apoderamento [...] apoderar é sinónimo de dar posse, domínio de, apossar-se, assenhorear-se, dominar, conquistar, tomar posse” (Carvalho, 2004: 5).

Ser, portanto, conhecedor e dominador de suas práticas e opções de vida.

Nesta medida “o conceito/ estratégia de “*empowerment*” constitui um eixo central da Promoção da Saúde” (Carvalho, 2004: 1088) pois é a partir deste que se pode vislumbrar de forma concreta o desenvolvimento do auto-conhecimento da pessoa em suas singularidades. Importa salientar que o *empowerment* é uma concepção extremamente importante nas estratégias de inclusão pois possibilita a igualdade de oportunidades (cf. Estatutos da APPACDM, 2000: 13).

Não podemos contudo deixar de referir desde já que:

“Empowerment é um conceito complexo que toma emprestadas noções de distintos campos de conhecimento. É uma ideia que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideia de “ação social” presentes nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX” (Carvalho, 2004: 109)

e, assim, se configura na luta pela igualdade e, para tal, pelas necessidades educativas particulares de cada ser humano.

Nesta batalha entre o direito e o poder, se assim a podemos retratar, consideramos ser pertinente pesar também a seguinte configuração:

“Uma perspectiva de empowerment chama a atenção para o facto das pessoas e dos grupos, vítimas de exclusão, carecerem de poder e influência a várias esferas: a sua voz não é ouvida, faltam-lhes os recursos e as oportunidades para expressarem as suas necessidades e aspirações ou ainda, para verem valorizada a sua experiência de vida” (Estatutos da APPACDM, 2000: 11).

Pode dizer-se que dois eixos de radiação são fulcrais no que concerne à intervenção pelo *empowerment* sendo um mais voltado para a individualidade, mas que, no nosso entender, não funciona em plenitude sem o outro, um eixo muito mais social e comunitário<sup>91</sup>.

Devemos, contudo, ter a percepção de que este tipo de capacitação pode, em certos casos, ser limitada pelas doenças apresentadas. No entanto, este é o “tipo de *empowerment*” que consideramos premente no exercício da musicoterapia visto que esta prática, ainda que muitas vezes exercida em grupo potenciando processos de comunicação, procura proporcionar

---

<sup>91</sup> “Podemos definir o “*empowerment*” psicológico como um sentimento de maior controlo sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através da sua pertença a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas” (Carvalho, 2004: 1090).

um auto-conhecimento e desenvolvimento individual fulcral<sup>92</sup>. Contudo, o eixo que jamais deveria estar em falta nesta abordagem, está centrado na comunidade, por isso julgamos essencial considerar o poder enquanto um recurso no sentido de possibilitar às populações uma superação e conservação do *status quo*.

Acima de tudo, e naquilo em que esta investigação assenta verdadeiramente, importa o facto de que o *empowerment* defende a inclusão de todas as formas e grupos de seres humanos que se identificam com uma forma societária, no sentido de lhes proporcionar direitos idênticos e experiências de liberdade (cf. Cruz Reis, 2005: 145).

Pode afirmar-se de forma sintética que “o empowerment coloca um novo desafio aos sistemas laborais e sociais” (Estatutos da APPACDM, 2000: 11).

Genericamente é importante salientar que uma das características fundamentais do *empowerment* é que este é “um processo que envolve pessoas, grupos, associações ou comunidades” (Estatutos da APPACDM, 2000: 15) e, portanto, se organiza e processa-se em educação ao longo da vida.

Da mesma forma, a educação para a saúde permanece como eixo estruturante de toda a evolução que possa ser concedida pelo e para o indivíduo portador de doença assim, os mecanismos de *empowerment*<sup>93</sup>.

Assim, para combater a exclusão temos de permitir a inclusão através da aplicação de todas as metodologias necessárias para a expressão educativa que façam com que o meio seja uma arma de igualdade de oportunidades, de conhecimento e comunicação.

Neste sentido é pertinente compreender que, tal como já vimos, “o paciente não deve “conhecer” o seu problema, mas vivenciá-lo, representá-lo, como caminho possível para logo

---

<sup>92</sup> “[...] *empowerment* psicológico, focado no indivíduo e na sensação individual de segurança e controle sobre sua vida pessoal, enfatizando o pertencimento a um grupo, a sensação de autoconfiança e a harmonia com o meio. Acções de promoção de saúde com este enfoque tendem a valorizar estratégias para resgate e aumento de auto-estima, capacidade de adaptação ao meio e auto-ajuda, mas podem desconectar artificialmente a pessoa do contexto sócio-político em que está inserida, reforçando um conservadorismo social e cultural, por vezes em situações sociais injustas em que as vítimas são responsabilizadas” (Tesser, 2009: 6).

<sup>93</sup> “Ao estarmos a capacitar, a dar poder de expressão a um grupo excluído, estamos também, desde logo, a combater a exclusão, a combater uma das formas principais de exclusão, que é a incapacidade de jogar o peso desse grupo, naquilo que são as permanentes negociações sociais” (Foucault, 2008: 10).



poder “sair” dele” (Fregtman, 1989: 46). Importa, portanto, que se desenvolvam processos de *empoderamento* do indivíduo através da educação para a saúde<sup>94</sup>.

Entendemos o Modelo de *empowerment* como um processo de permanente autonomização. “O paciente é encorajado a não ficar dependente do médico, mas a ter um controlo crescente de sua situação” (Drury & Watson, 1990: 30). Neste exemplo a educação para a saúde está inerente aos processos de *empowerment* pois para educar em saúde é necessário um processo crescente de autonomização e desenvolvimento de conhecimentos e assim auto-estima. Importa referir que

“[...] porque a promoção da ingenuidade para a criticidade não se dá automaticamente, uma das tarefas precípuas da prática educativo-progressista é exatamente o desenvolvimento da curiosidade criativa, insatisfeita, indócil” (Freire, 1997: 36).

Dá-se ênfase ao *empowerment* também pela multiplicidade de abordagens em que pode estar inscrito, assim, este modelo de capacitação pode acontecer de forma colectiva ou intersubjectiva nos mais diversos espaços de actuação na medida preventiva, promocional, ou de cura/ reabilitação (cf. Carvalho, 2004: 8).

Aquilo que, no contexto abordado se pretende é

“[...] um sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas” (Carvalho, 2004: 5).

O que se procura com a intervenção em musicoterapia pelo Modelo do *empowerment* é possibilitar aos clientes autonomia e assim opção de escolha<sup>95</sup>.

Percebemos o indivíduo como um ser pertencente a uma comunidade e, como tal, um ser comunitário e dependente do seu meio. Neste sentido compreende-se o *empowerment* em musicoterapia porque

“[...] a incorporação do “empowerment comunitário” às práticas assistenciais demanda que novos modos de se fazer saúde, incorporem como diretriz, uma postura que encare os usuários na sua singularidade de sujeitos portadores de direito, em substituição a uma

---

<sup>94</sup> “O paciente é encorajado a assumir responsabilidade por seu estado de saúde, e a ter o máximo possível de autoconfiança. Enfatiza-se a promoção positiva da saúde e a prevenção da doença” (Drury & Watson 1990: 29).

<sup>95</sup> “Ser dono do próprio destino é um processo, e uma condição, que demanda a aquisição de competências tais como o desenvolvimento da auto-estima e da confiança pessoal; a capacidade de analisar criticamente o meio social e político e o desenvolvimento de recursos individuais e coletivos para ação social e política” (Carvalho, 2004: 8).

perspectiva que entende os usuários como suplicantes e beneficiários dos serviços” (Carvalho, 2004: 10).

Ainda o mesmo autor apresenta uma compreensão do Modelo de *empowerment* explicitamente direccionado para a educação e assim para a busca constante e criativa.

“O “*empowerment* education” busca, portanto, contribuir para a emancipação humana por meio do desenvolvimento do pensamento crítico e o estímulo a ações que tenham como objetivo realizar a superação das estruturas institucionais e ideológicas de opressão” (Carvalho, 2004: 9).

Do mesmo modo Paulo Freire apresenta a educação como uma prática de organização do ser humano. Para o pedagogo, numa prática problematizadora, os educandos desenvolvem capacidades de assimilação e compreensão do meio em permanente mudança (cf. Freire, 1975: 102). Nesta medida percebemos a musicoterapia como uma experiência de emancipação educativa por excelência pois, efectivando um paralelismo com as palavras de Almerindo Janela Afonso,

“[...] não podemos esquecer as experiências que são portadoras de novas possibilidades emancipatórias, e que nos podem ajudar a imaginar, também no campo da educação escolar e não-escolar, alternativas contra-hegemónicas realistas e creíveis” (Afonso, 2001b:241).

Em educação sabemos que é essencial promover o ambiente adequado e assim as experiências de educação surgem e ressurgem para a transformação do indivíduo. Portanto

“[...] o meio tem como meta promover no auto-educando a emergência dos recursos internos e da actividade autónoma. O auto-educando é a pessoa por inteiro neste campo de interacção” (Bertrand, 2001: 58),

devidamente informado e desenvolvido.

### **3.2. Musicoterapia como Prática de Educação para a Saúde**

Seguidamente apresentamos pressupostos que nos remetem para a musicoterapia como prática de educação para a saúde. Julgamos concernente iniciar esta abordagem percebendo que

“[...] a musicoterapia, que no decorrer dos últimos anos vem-se constituindo como um campo de pesquisa altamente promissor para a área da saúde, em suas inúmeras teorias, tem orientado práticas com resultados exitosos no tratamento de patologias que afetam a capacidade física, cognitiva ou subjetiva das pessoas” (Corte & Neto, 2009: 2).

Do mesmo modo, ao abordarmos a musicoterapia neste contexto de educação permanente, devemos considerar a componente social desta prática terapêutica.

Como é conhecido, desde da origem da humanidade o ser humano procura através dos mais distintos meios, entre os quais a música, encontrar receitas para a cura de distintas maleitas, do corpo e da mente, de entre os quais podemos descobrir a educação.

Pela música podem conseguir-se processos de educação permanente que interligam o ser humano à sua raça e ao seu ente social e intelectual. Nesta medida percebe-se claramente a prática da música em grupo, que pode elevar o ânimo, enquanto meio de comunicação entre os diversos intervenientes<sup>96</sup>. A universalidade da música leva-nos a perceber que, através de processos de educação para a saúde que a abarquem, é possível o total envolvimento e desenvolvimento comunicativo da pessoa humana.

Por possuir um sentido universal salientamos a seguinte expressão:

“A Rússia produziu Tchaikovsky; a Áustria viu nascer Mozart; a Inglaterra formou John Lennon; os Estados Unidos assistiram ao desabrochar de Duke Ellington. Num mundo cheio de divisões, escuta, nas variações da música de cada um, a forma de todos se entenderem. Imagina um cântico de paz universal” (Lewis, 2003: 9).

Percepciona-se uma comunicação que transcende o físico e que se preconiza num plano sensorial avançado que nos interliga em consonância e sensibilidade interna entre a humanidade. O processo educativo dá-se por aprendizagens que acontecem de forma natural. Da mesma forma, toda a educação procede momentos de comunicação sendo, a própria música, um processo comunicativo. Ao proferirmos comunicação consideramos sempre a utilização da educação para o efeito pois, ao educar, está-se a ensinar e viver de tal forma que se conseguem mais facilmente ultrapassar adversidades (cf. Ducourneau, 1984: 9).

Ao assumirmos esta nova realidade, que não passa de uma velha compreensão da nossa própria natureza, percebe-se claramente a necessidade de se quebrar com um antigo paradigma biomédico onde nos encontrávamos imbuídos em saberes científicos unilaterais e dessensibilizados. Consideramos, portanto, que a musicoterapia vem quebrar e desmontar este paradigma unilateral. Por este motivo se compreende que, relativamente às práticas em saúde devemos

---

<sup>96</sup> “A prática musical em grupo, eleva o espírito, constitui um meio de comunicação entre os vários intervenientes, e até a nível universal se pode constituir laços afectivos, dado que a música é uma linguagem universal, e intercorporal, comunicando estados de alma a actuar sobre o homem de forma benéfica” (Costa, 1998: 10).

“[...] avançar mais na direcção holista (enquanto corrente epistemológica) e relacionarmos uma entorse de um tornozelo com o desespero espiritual e com a disfunção psicológica; o diagnóstico seria apenas um para as três situações: desequilíbrio; o tratamento incluiria as três situações simultânea e articuladamente” (Oliveira, 2008b: 11).

Para serem impulsionadas a cada passo alternativas vigorosas ao paradigma biomédico, como vemos na nossa sociedade, hoje pode entender-se a noção de um novo paradigma pelo qual nos devemos reger, o qual Boaventura de Sousa Santos caracteriza por paradigma emergente.

“[...] no paradigma emergente o conhecimento é total [...] Mas sendo total, é também local [...] É um conhecimento sobre as condições de possibilidade. As condições de possibilidade da acção humana projectada no mundo a partir de um espaço-tempo local [...] Cada método é uma linguagem e a realidade responde na língua em que é perguntada” (Santos, 2007: 47).

Nesta realidade compreende-se o processo de educação para a saúde através da musicoterapia que potencia melhorias no indivíduo em musicoterapia e um bem-estar permanente que lhe permite prosseguir em busca de novas consistências atingíveis.

Ainda na compreensão deste novo paradigma que nos percebe e que nos faz perceber a nós mesmos e ao nosso mundo em desenvolvimento permanente, entende-se que a musicoterapia pode ser caracterizada como uma forma de educação direccionada e atenta às necessidades mais concretas. Uma nova “ponte” que nos leve a ser e a descobrir mais e melhor, assim caracterizamos a educação utilizando a expressão que nos remete para o elevar da consciência humana por forma a que, todo o indivíduo, consiga “buscar outras pontes” (Afonso, 2004: 21)., teimar em novos trilhos, resistindo criativamente a novos desafios, sabendo compor novas maneiras de estar (cf. Afonso, 2004: 21).

A educação para a saúde pela musicoterapia, no nosso entender, é nada mais que “intervenção que visa o autodesenvolvimento da pessoa no âmbito de uma pedagogia aberta” (Bertrand, 2001: 59) uma forma de deixar ser o próprio ser e de lhe mostrar toda a sua potencialidade. Para tal, a musicoterapia acaba por despertar no ser humano uma constante curiosidade em ser mais e ver mais, o que facilita e integra todo o processo de educação permanente que o indivíduo acaba por desenvolver. Um exemplo premente é o facto da própria curiosidade ser, por si só, conhecimento, bem como a sua expressão linguística (cf. Freire, 1997: 61). Para que tal seja possível, o despontar de novas curiosidades e percepções, é necessário perceber a experiência como objecto da mudança. Concebemos a musicoterapia como uma prática de educação activa que possibilita ao ser uma constante experiência consigo

mesmo e com os outros, sejam eles parte do processo musicoterápico ou meros interlocutores quotidianos. Pela musicoterapia alcançamos um meio de aprender e assim acrescentar algo de valioso ao processo de educação individual de cada um que é uma aprendizagem experiencial que se entende como um compromisso pessoal por ser a pessoa, na sua totalidade, quem se envolve (cf. Bertrand, 2001: 47).

Integrar a musicoterapia ao processo de educação permanente e assim de educação para a saúde que a pessoa humana sofre durante toda a sua existência, é somente integrar a totalidade do indivíduo com todas as suas características e capacidades. Alguns teóricos da Física analisavam que “a realidade e a teoria quântica mostraram que não faz sentido separar o aparelho observador daquilo que é observado” (David Bohm *in* McFarlane, 2002: 94) da mesma forma que o objecto e o objectivo se encontram indissociáveis em musicoterapia, pois a educação em si procura promover, através do indivíduo, a emancipação do próprio sujeito.

É premente incentivar e promulgar as igualdades e perceber todas as potencialidades da pessoa no processo de educação para a saúde. Primeiramente

“[...] são necessárias aptidões e competências que permitam ao indivíduo encarar a mudança como uma oportunidade, manter-se receptivo a novas ideias é respeitar e apreciar os valores dos outros” (Eça, 2010: 21).

Isto pode ser o mais difícil de conseguir, mas o mais necessário e particular para a emancipação da pessoa. Descobrir as potencialidades por traz do desafio, muitas vezes atroz por comportar doença. Assim, a patologia pode servir para que, devidamente orientado em educação para a saúde, o indivíduo passe por processos de transformação e de reeducação. Por isso Einstein nos deixou que “o fracasso e a privação são os melhores educadores e purificadores” (Albert Einstein *in* McFarlane, 2002: 55). Da mesma forma a aceitação de um estado patológico é essencial para depois se fazer uma terapêutica contextualizada<sup>97</sup>. A aceitação pessoal do estado em que se encontra o indivíduo é essencial para o seu auto-desenvolvimento. Pode ainda perceber-se que “encontrar um sentido no sofrimento é um método para lidarmos com os momentos mais difíceis da nossa existência” (Dalai-lama & Cutler, 2008: 153) e preconiza-se a forma de educação que no nosso entender é mais autêntica e revela mais de cada um de nós.

Do mesmo modo em reeducação pela musicoterapia a

---

<sup>97</sup> “Entre pessoas, seres conscientes e livres, a primeira resposta positiva ao verbo receber consiste no verbo aceitar” (Dias, 2009: 343).

“[...] terapia pode desempenhar várias funções. Destas realçaria duas: a) Pode ajudar a pessoa a identificar o problema; b) pode ajudar a pessoa a encontrar alternativas de solução” (Rodrigues, 1998: 39).

Para além da consciencialização exacerbada é função da terapia musical dar a conhecer ao doente as saídas para o seu problema, organizando as suas práticas em função das expectativas.

A reeducação é um processo indistinguível da musicoterapia e, portanto, tornando nossas as palavras de Ducourneau, “defendemos a reeducação pela música porque acreditamos que ela proporciona uma reeducação profunda e total, e não um simples deslocamento do sintoma” (Ducourneau, 1984: 59)<sup>98</sup>.

Essencial, em educação e em musicoterapia, é a compreensão do historial de vivências do indivíduo como ponto-chave, daí que a terapia musical resgate grande parte da história da pessoa e da sua comunidade, procurando a promoção do carácter social da musicoterapia, que nada mais é que o seu retornar às origens mais primitivas (cf. Fregtman, 1989: 17). A musicoterapia é, portanto, integradora e um acto de comunicação comunitário. Em reeducação é fundamentalmente “preciso atingir o indivíduo em seu nível, e em seguida permitir-lhe utilizar todas as suas potencialidades” (Ducourneau, 1984: 73) para agir e comunicar.

Na reeducação, para uma vida mais plena e integrada, a musicoterapia é fundamental pois

“[...] a música toca em regiões do ser e do inconsciente, impossíveis de obter por outros meios, e exerce uma enorme influência sobre as condições psicofisiológicas do ouvinte. Em consequência, produz efeitos quer a nível físico, quer a nível psíquico. Na medida em que pretende dar resposta a objectivos ora pedagógicos ora terapêuticos, a música tem um carácter de reeducação” (Mourão, 1996: 28).

Ao percebermos esta interligação entre a educação e a prática da musicoterapia podemos entender a música como o objecto de arte da educação para a saúde. Deste modo salientamos, tal como nos deixou Pereira Eça que, arte e educação pela arte são duas realidades conectadas neste contexto (cf. Eça, 2010: 17), o que reflecte, por si só, um parecer comunitário

---

<sup>98</sup> Mais concretamente, o mesmo autor explica que, “a função da música não é substituir o restante da educação, e sim atingir o indivíduo em sua totalidade. A música é comparável a esses antibióticos de largo espectro, pois age sobre um conjunto; porém há também uma grande diferença: ela traz à tona apenas o que já existe em estado latente no indivíduo” (Ducourneau, 1984: 59)

relativamente aos benefícios esperados pela prática terapêutica artística em educação. Na mesma linhagem assumimos que

“[...] a melhor forma de fomentar o encontro com padrões diferentes talvez seja a arte [...] A arte é a melhor lição de humildade com que a nossa civilização científica e estandardizada se pode confrontar” (Oliveira, 1999: 323),

é a forma de expressão mais autêntica e criativa do ser humano e, portanto, é nela que reside toda a potencialidade de ser-se humano.

Quanto à promoção da comunicação e do desenvolvimento comunitário através da musicoterapia, podemos referir que

“[...] a musicoterapia em grupo é a escolha mais adoptada [...] A improvisação em grupo significa a produção conjunta de estruturas musicais. A expressão e a produção da sua própria música conduz finalmente ao fortalecimento do ego, à comunicação e ao contacto numa forma activa” (Backer & Camp, 1998: 9),

o que muitas das vezes se compreende impossível em outras circunstâncias da vida quotidiana dos indivíduos. A sessão de musicoterapia é, assim, com frequência, a sessão de expressão única e evolutiva que assegura a comunicação possível por parte dos intervenientes consigo, com os restantes participantes e posteriormente com os membros da sua comunidade. Interpretamos por processos de comunicação todo e qualquer modo de interacção que no indivíduo possa ser desencadeado, considerando sempre as suas limitações<sup>99</sup>.

Pode entender-se o uso da musicoterapia de duas formas distintas. Por um lado, pode harmonizar-se a musicoterapia com um fundamento evolutivo ou de reeducação sendo que, nesse caso, o musicoterapeuta utiliza as experiências musicais, e os relacionamentos que delas imergem, para auxiliar os sujeitos na concretização de marcas evolutivas (cf. Bruscia, 1997: 72). No entanto, e por outro lado, a musicoterapia pode ser utilizada para ajudar na estabilidade natural homeostática do organismo humano. Assim, tal como refere o autor supracitado, um indivíduo pode utilizar musicoterapia para manter a sua saúde e para aumentar o seu nível de crescimento pessoal em termos emocionais, mentais ou físicos (cf. Bruscia, 1997: 73).

Importa referir que a música, e assim a terapia pela música, ajuda a pessoa a manter o seu estado de bem-estar ao longo da vida e, portanto, a educação permanente através da musicoterapia é um facto. Percebe-se com isto que “a música proporciona um bem estar físico e

---

<sup>99</sup> “Na musicoterapia, estes sentimentos arcaicos podem exprimir-se musicalmente, e esta expressão e experiência simbólica pode conduzir a uma forma mais madura de expressão e comunicação” (Backer & Camp, 1998: 12).

psíquico que acompanha o homem na trajectória da sua vida” (Costa, 1998: 9) e lhe possibilita a aquisição de novos conhecimentos e propósitos.

Vimos abordando a questão da musicoterapia como uma prática de educação para a saúde percebendo o ser humano numa concepção holista repleta de significado e de versatilidade em educação. Percebe-se nesta medida que, quanto à musicoterapia,

“[...] se obtém mudanças terapêuticas através de procedimento individualistas que enfatizam estratégias indutoras do crescimento e desenvolvimento no indivíduo. Seria mais correcto, no entanto, tratar a “doença” como conflito ou contradição entre o estado biológico/ psicológico do paciente e o meio económico e material em que vive” (Ruud, 1990: 15).

Contudo, a perspectiva positivista e o encontro com as oportunidades é uma das revelações que a educação pode trazer ao indivíduo. Desta forma, devemos sempre ter em conta a totalidade do “eco” auditivo, que antes de qualquer coisa, nos traduz a unidade artística e multifacetada da vida humana, pois os valores irracionais, nesta prática, ultrapassam as possibilidades da nossa própria aceção intelectual (cf. Wuytack, 1992: 28). Por conseguinte a musicoterapia pode ser entendida como um processo de educação integradora e abrangente.

“[...] educação holista em psicoterapia é educar a pessoa inteira, procurando fazê-lo a partir do todo ou a partir da “integridade”, pois somente da perspectiva da integração poderemos, em nosso fazer profissional, enfrentar e compreender a fragmentação alienante criada pela doença e pelo isolamento” (Fregtman, 1989: 14)

e, assim, contrariar a tendência permitindo ao indivíduo uma maior participação e inclusão.

A função da educação para a saúde pela musicoterapia é essencialmente focar toda a atenção da promoção da saúde em torno do indivíduo, permitindo a reorganização dos seus comportamentos e habilidades (cf. Tesser, 2009: 5).

Mais concretamente, em musicoterapia,

“[...] procura-se “ensinar” o paciente a conhecer os seus próprios sons, a ligá-los, articulá-los, buscando conseguir que os diferencie e possa dar nome aos afetos com que carrega cada um deles, entendendo que essa produção sonora pode relacionar-se com os seus conflitos” (Fregtman, 1989: 59).

Portanto, o processo musicoterápico é único e é pessoal e assim depende de cada indivíduo.

Percebendo todos os efeitos que a música em educação nos pode trazer, Roland Benenzon salienta que ouvir, escutar, criar, simbolizar e decodificar, aprender e executar um instrumento musical, memorizando qualquer canção, construindo um objecto sonoro, afinando-o etc., são actividades muito complexas que pressupõe capacidades humanas muito ricas e diversificadas (cf. Benenzon *et al*, 1997: 161). Todas as múltiplas funções anteriormente



assinaladas mostram a musicoterapia como prática de educação para a saúde para uma maior integração social pela harmonização e descodificação de emoções.

Por outro lado, e como temos vindo a analisar,

“[...] por ter a música nascido das emoções do homem, ela exerce, por isso mesmo, uma influência marcante sobre sua conduta e seu estado de espírito. Quer nas horas de lazer como nas de trabalho, o homem deve ouvir música, para se sentir integrado ao ritmo e à harmonia da vida” (Leinig, 1977: 51).

Percebe-se, portanto, que “precisamos de treinar a emoção para mudar o nosso foco de atenção” (Cury, 2004: 198) e conseguimos fazê-lo através de musicoterapia integrada em educação.

Para que o acto educativo aconteça em musicoterapia, consideramos essencial que o indivíduo possa agir, reagir e reflectir (cf. Freire, 1979: 7). Neste sentido, Paulo Freire defende também que, “a educação deve ser desinibidora e não restritiva” (Freire, 1979: 18). Importa que ao indivíduo seja possível tornar-se uma pessoa com capacidades de relacionamento, de expressão e de auto-projectção (cf. Freire, 1979: 16).

Toda esta abordagem nos leva a perceber uma dimensão importante da educação pela musicoterapia que consideramos ser a percepção do ser por si mesmo, o auto-conhecimento e assim a noção de si com suas limitações e todas as potencialidades ao seu alcance.

Consideramos pertinente dar ênfase à musicoterapia enquanto fonte de identificação e de recriação de uma identidade. Nesta medida, de forma clara em educação,

“[...] as diferentes linguagens da arte oferecem aos jovens oportunidades únicas para compreenderem e criarem as suas identidades pessoais; estimulam os estudos interdisciplinares, a tomada de decisões participativas e motivam os jovens e as crianças [e os adultos] para a aprendizagem activa, criativa e questionadora” (Eça, 2010: 22)

dando assim ao ser humano um maior sentido de *self*, de si mesmo e de suas singularidades. No entanto, e como temos vindo a abordar, para além de um encontro intra-pessoal, a promoção da saúde pela musicoterapia pode assentar num paradoxo que permite uma maior e melhor vivência em comunidade<sup>100</sup>. Neste sentido, “a educação consiste em facilitar este conhecimento de si na sua pertença ao Universo. [...] Descobrir a sua identidade [...] é encontrar a sua vocação” (Bertrand, 2001: 30) e se valorizar em busca de cada dia mais.

Compreendemos o sentido benéfico da musicoterapia como educação para a saúde pois a música auxilia o desenvolvimento físico, contribui para o equilíbrio, aumenta também a auto-

---

<sup>100</sup> “Procurar a idiossincrasia – aquilo que nos torna diferentes uns dos outros – permite reencontrar a dimensão humana comum” (Bertrand, 2001: 29).

confiança, e exemplo disto mesmo é o canto, que auxilia a respiração e a descontração muscular (cf. Costa, 1998: 9). Do mesmo modo, Carlos Fregtman salienta que

“[...] a música não pode ser pensada como uma substância ou matéria, mas como um acontecimento que envolve você de modo total. Escutar um som é sempre escutá-lo por dentro” (Fregtman, 1989: 14)

e, assim sendo, um processo de educação permanente e salutogénico através da musicoterapia é “alcançar uma espécie de conhecimento de si ou de reconciliação que as podem enriquecer decisivamente durante essa estranha batalha que é a sua vida dupla” (Sacks, 2008: 236).

Como sabemos, a experiência da saúde/doença é algo que só possui significação através das percepções pessoais de cada um (cf. Cruz Reis, 2005: 19) o que não é mais do que a imagem que cada pessoa constrói de si mesmo e das suas capacidades enquanto indivíduo diferente.

Ainda no que se refere a este novo paradigma regenerativo, alguns autores vão mais longe definindo o

“[...] modelo holístico de medicina - modelo que enfatiza a inter-relação entre corpo, mente e espírito. Reflete-se na crença de que uma doença degenerativa como o câncer, que é resultado do colapso do sistema imunológico do organismo, pode ser tratada pela meditação, ao invés da quimioterapia” (Drury & Watson, 1990: 14),

por exemplo, como por outras terapêuticas alternativas. Segundo Almerindo Janela Afonso, nesta época transitória paradigmática, mais do que em outras fases da história humana, “se pode compreender o apelo à invenção, à imaginação e ao exercício da experiência social como meios para encontrar novas formas de emancipar (Afonso, 2001: 233). Da mesma forma a saúde, em musicoterapia, pode ser vista como “um estado natural e positivo, e concebida em termos do ser integral do paciente, não em termos de retificar um sintoma particular isolado” (Drury & Watson, 1990: 29) e, portanto, o importante é reeducar o sujeito para se auto-conhecer em seu presente estado, o que inclui o conhecimento de todas as suas capacidades<sup>101</sup>.

Ao falarmos em musicoterapia e contributos positivos para o processo educativo percebemos esta multidimensionalidade porque

“[...] a música abrange as seguintes dimensões humanas: a biológica, a mental, a emocional e a espiritual. Entretanto, muitos dos caminhos pelos quais isso ocorre, ainda nos são um tanto quanto desconhecidos” (Leão & Silva, 2004: 2).

---

<sup>101</sup> “[...] pode dizer-se que as metáforas, imagens ou interpretações das pessoas sobre os seus processos de doença espelham tanto a sua cultura como as suas características pessoais únicas” (Cruz Reis, 2005: 20).

O que sucede é que temos vindo a desmistificando a componente educativa nesta abordagem.

Procura-se portanto, antes de qualquer outro objectivo, o reencontro do indivíduo consigo mesmo, a sua percepção do seu novo *eu* ou do seu *self* perdido, “a criação de interacções entre os universos pessoais e únicos dos indivíduos” (Bertrand, 2001: 118). Podemos argumentar a articulação entre educação e musicoterapia em saúde pois entende-se o corpo humano como o instrumento musical mais perfeito, apresentando inúmeras capacidades de realização, sendo a voz pelo canto, um elemento fulcral em musicoterapia (cf. Costa, 1998: 15). É nesta mesma medida que se afirma que “recuperar os nossos sons é recuperar os nossos corpos, é recuperar fragmentos de consciência e as suas relações interdependentes” (Fregtman, 1989: 26). Ao falarmos em consciência pensamos no sentido da educação que procura buscar no indivíduo o seu próprio (re)conhecimento<sup>102</sup>.

O que se pretende retornar na pessoa humana é uma consciência que a renove e faça sentir-se um ser pertencente a uma família humana. Assim, através da musicoterapia enquanto processo de educação para a saúde,

“[...] a consciência cósmica é a forma mais importante de concepção ou de especulação. Caracteriza-se por um sentimento de pertença ao Universo e por emoções como a alegria, a felicidade, um sentimento de imortalidade e uma elevação moral. Foi uma forma de êxtase que chegou de modo súbito e temporário e que, depois de ter desaparecido, acarretou uma tomada de consciência que marcou uma mudança quase permanente no indivíduo” (Bertrand, 2001: 23).

No mesmo sentido, Paulo Freire afirma que “a conscientização é natural ao ser que, inacabado, se sabe inacabado” (Freire, 1997: 60) e por isso mesmo se constrói ou reconstrói.

Ao proferirmos sobre musicoterapia, e assim sobre educação para a saúde, referimo-nos essencialmente á promoção constante do bem-estar da pessoa humana. Uma luta permanente que, todos nós em nosso perceber humano, conhecemos claramente pois com ela vivemos em permanência. Este pleno bem-estar, na maior parte do tempo por adquirir, muitos designam por felicidade. Entende-se que

“[...] o sentido da vida é a felicidade [...] a nossa tarefa consiste em abandonar as coisas que conduzem ao sofrimento e em acumular as coisas que conduzem à felicidade. O método, a prática diária, implica o aumento progressivo do nosso nível de consciência e a

---

<sup>102</sup> “A educação, portanto, implica uma busca realizada por um sujeito que é o homem. O homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Não pode ser o objeto dela [...] é uma busca permanente de “si mesmo” [...] Esta busca deve ser feita com outros seres que também procuram ser mais e em comunhão com outras “consciências” (Freire, 1979: 14).

compreensão do que produz realmente a felicidade e do que não a produz” (Dalai-Lama & Cutler, 2008: 56).

Nesta componente de métodos conducentes à felicidade, a musicoterapia se posiciona. A musicoterapia inclui todas as formas utilitárias da música e qualquer de seus componentes, para possibilitar o bem-estar e proporcionar a cura (cf. Bruscia, 1997: 109). A força biológica da música é prova vigente da sua beneficiência no ser humano<sup>103</sup>.

Percebemos por todos estes factos a multidimensionalidade holista implicada na musicoterapia sendo a sua afectação no indivíduo integral. Especialistas afirmam que para ser implementada, a musicoterapia deve ser estudada e deve ser percebido todo o mapa de trabalho, utilizando outras ciências, quando necessário (cf. Leinig, 1977: 67). Neste sentido, vem-se afirmando um novo paradigma e, portanto, “muitos praticantes contemporâneos de medicina holística empregam a música como parte de sua terapia” (Drury & Watson, 1990: 25). Da mesma forma se afigura o modelo biopsicosocial com a apresentação da indissociável existência do complexo corpo-mente<sup>104</sup>.

Para que a própria saúde se concretize são necessárias como condições eminentes a educação enquanto meio para aquisição do bem-estar ao longo da vida. Hoje

“[...] várias racionalidades médicas insistem em que o cuidado com a saúde é um meio para o objetivo final de realização enquanto ser humano (discurso também de promoção da saúde), concebendo um processo de transformação e realização pessoal como trajetória individual, ainda que seja para religar e re-harmonizar a pessoa com o cosmo, o mundo, os outros” (Tesser, 2009: 7).

Como podemos perceber, e baseando-nos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, a pessoa e a comunidade estão em permanente conexão não podendo existir uma sem a outra nem podendo desenvolver-se de forma salutar uma sem a outra. Assim, “o indivíduo tem deveres para com a comunidade, fora da qual não é possível o livre e pleno desenvolvimento da sua personalidade” (ONU, 1948: 23) e, nestes deveres, está implicada a participação activa e a opinião crítica e fundamentada que, através da musicoterapia, alguns que não a possuíam ou

---

<sup>103</sup> “O emprego da música com o propósito de conseguir conservar a saúde, a felicidade e o conforto do homem é universal [...] Agrega-se, ao fato de que toda a humanidade necessita de expressão e experiências estéticas. Comparando a música com as outras artes, vemos que é ela quem tem maior poder de atuação sobre o indivíduo, em vista da sua excepcional força biológica” (Leinig, 1977: 19).

<sup>104</sup> “biopsychosocial model of illness which emphasizes the integral relationship and interconnectedness between the mind and the body and the influence that each has upon the other” (Heal & Wigram, 1993: 154).

deixaram de possuir, podem readquirir. A intenção é que a musicoterapia, neste sentido, se afigure enquanto processo de construção de cidadania, assim se percebendo, também aqui, que

“[...] ser cidadão e cidadã [...] tem a ver com a vitória frente ao poder instituído e que, tem a ver com a educação e com a capacidade de ter voz e usar a palavra, e de agir de acordo com ela” (Afonso, 2007: 82).

A musicoterapia promotora da educação para a saúde percebe-se numa lógica de construção da cidadania activa, pela obtenção da capacidade de ter direitos sociais (cf. Afonso, 2007: 81), o direito a ter voz.

Este desenvolvimento reflexo só é passível e possível pois, mediante a teoria orgânica da educação, “em qualquer aprendizagem, seja ela qual for, há sempre componentes sensoriais, emocionais e intelectuais” (Bertrand, 2001: 59) o que demonstra toda a complexidade envolvente do favorecimento do bem-estar do indivíduo. Será motivo para dizer que, a nossa abordagem, bem como a nossa vida, deve ser elaborada e toda ela pensada de forma holista de modo que se compreenda que, o bem-estar dos outros pode ser reflexo do nosso próprio bem-estar. O ser humano em processo permanente de educação deve ser compreendido pois “apenas um todo completo é totalmente auto-consistente” (Dewey, 2005: 37).

Essencialmente consideramos que, “temos de imaginar a vida de uma pessoa como um conjunto de sensações e de experiências” (Curado, 2007: 12) e, por isso mesmo, a musicoterapia se considera preponderante na análise e desenvolvimento da pessoa integralmente. Porque cada indivíduo é um ente singular e com uma história de vida unitária

“[...] os doentes aprendem que cada indivíduo pode ter a sua interpretação de uma determinada peça musical, na qual as suas próprias experiências estéticas, necessidades, juízos e educação desempenham um papel” (Backer & Camp, 1998: 6).

Assim, percebemos a importância das pré-concepções e dos pré-conceitos apresentados pelo indivíduo como barreiras ou alicerces de construção reveladora de sucesso na terapêutica musical. Exemplo disto mesmo é a importância que a música pode ter na adolescência, na expressividade e na construção da personalidade do indivíduo<sup>105</sup>. Percebemos inscrito nas linhas referidas que a educação para a saúde se encontra vigente nesta abordagem pois,

“[...] certo tipo de música, desde uma canção de ritmo alegre, a uma composição clássica, ponderada, pode inspirar-nos a fazer coisas que possivelmente gostaríamos de adiar. Detecta, no tom urgente de cada nota, a inspiração necessária para deitar mãos ao teu próximo projecto” (Lewis, 2003: 9)

---

<sup>105</sup> “Para o adolescente a prática musical pode constituir um meio de comunicação e expressão de sentimentos e emoções e de domínio da vida afectiva” (Costa, 1998: 9).

o que não é mais que cumprir o objectivo primordial da educação que é promover a vontade e a descoberta de novas formas de ser.

A cura pela musicoterapia é um tema debatido que, na nossa abordagem não compete avaliar mas que, se afigura como premente, mas não exclusivo, para o bem-estar do paciente em processo de educação para a saúde. Exemplificando apresentamos a referência a um estudo no qual, a redução da dor do indivíduo foi significativa após as sessões de musicoterapia. Assim, é-nos apresentado que, “a intensidade da dor entre a avaliação inicial e a última audição musical sofreu redução estatisticamente significativa nos três grupos e no total das pacientes” (Leão & Silva, 2004: 27). Nesta pertinência podemos referenciar também o objectivo primeiro da medicina, associado ao da musicoterapia e outras terapêuticas que revela que, a medicina teve sempre como objectivo a atenuação ou a eliminação do sofrimento (cf. Oliveira, 2008b: 1).

Ainda dentro desta percepção de alívio e promoção de bem-estar se compreende a noção de cuidar, como um procedimento, por si só, permanente e holista que procura trazer bons sentimentos e um estado de plenitude. Assim, consideramos que também pela musicoterapia como processo de educação para a saúde,

“[...] cuidar é um processo interactivo, de desenvolvimento, de crescimento, que se dá de forma contínua ou em um determinado momento, mas que tem o poder de conduzir á transformação. Ao que parece, a música se confirma como um valioso recurso nesse sentido. Despertar nos pacientes esses tipos de sentimentos faz parte da qualificação dos cuidados, sendo possível buscar esferas mais saudáveis, tanto físicas, quanto mentais” (Caminha *et al*, 2009: 10).

Subscrevemos a frase de José Ribeiro Dias quando este refere que “como podemos apreciar pela amostra, o número dos caminhos que pode seguir a educação não tem limites” (Dias, 2009: 358)<sup>106</sup>.

Percebermos que a dignidade promove um sentimento de pertença a nós mesmos, sem qualquer sensação de vergonha ou desprezo pela nossa existência na Terra o que é essencial para que plenamente vivamos a nossa pertença à humanidade. Assim sendo, e como compreendemos claramente depois de toda esta abordagem, há patologias ou acidentes, que deixam o indivíduo sentir-se um ser diferente que, na sua concepção primeira, muitas vezes, não

---

<sup>106</sup> “O sentimento de dignidade da pessoa humana é provavelmente o mais enraizado no fundo de nós mesmos, a julgar pela dupla vivência de bem estar quando a sentimos reconhecida e respeitada, e de cataclismo interior quando a vemos esquecida e desprezada, em nós próprios ou nos outros” (Dias, 2009: 332).

se apresenta como diferente mas sim como anormal. A anormalidade, no nosso entender, pode ser percebida como uma concreta despersonalização da pessoa em si mesma. A sua presença humana deixa de fazer sentido e a sua pertença a uma sociedade e a uma comunidade, o que até então era crucial e natural para a sua sobrevivência torna-se agora um penoso fardo a acarretar. Percebemos contudo que, um ser humano, por muito humilhado que seja e por muito mal que se sinta em seu papel, jamais pode perder a sua dignidade pois, “a dignidade humana é um dom recebido por cada um de nós e que importa preservá-lo a todo o custo” (Dias, 2009: 333). Ela nasce e morre connosco em qualquer circunstância contudo, devido a estes entes patológicos que podem afectar a sua preservação, devem ser percebidas em educação para a saúde práticas, como a musicoterapia, que permitam a integração constante e o conhecimento e delineação de um futuro que, podendo ser limitado por concepções anteriores, em nada nos limita e permite a emancipação constante do indivíduo.

Assim, o processo de educação se afigura como um mecanismo que possibilita a redefinição de trajetória e, portanto, interessa “retribuir com o esforço de criar as melhores condições para crescermos todos [pois] a educação é o verdadeiro caminho para o “advento de um Mundo” em que todos possamos encontrar a realização pessoal, comunitária e mesmo ecossistêmica” (Dias, 2009: 356).

Compartilhamos a opinião de que

“[...] a problemática dos direitos humanos é apaixonante, sobretudo numa época de permanente confronto global multicultural onde ocorrem muitas confusões relativas aos seus sentidos e às suas concretizações em realidades sociais muito distintas” (Afonso, 2007: 88).

Assim sendo, percebemos a importância de referenciar neste âmbito, deixando de forma clara algumas das declarações que consideramos concomitantes nesta perspectiva de educação para a saúde. Ao iniciar o preâmbulo da Declaração Universal de Direitos Humanos é-nos apresentado desde logo que

“[...] o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo” (ONU, 1948: 25).

Do mesmo modo “toda a pessoa tem direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião” (ONU, 1948: 26) e todas estas premências podem ser mantidas ou readquiridas por processos conducentes à educação e assim ao desenvolvimento integral da pessoa. Visando estas atitudes e utilizando metodologias práticas de reeducação/ educação, a musicoterapia,

como se compreende, é similar a “fazê-lo no sentido de criarmos uns aos outros as melhores condições para que todos crescamos no sentido de atingirmos a plena realização nos valores, é a Educação” (Dias, 2009: 361)<sup>107</sup>.

A esperança é um sentimento que deve ser despoletado pela musicoterapia, pois potencia o acontecimento dos processos de educação, quando está adormecida, portanto, “do ponto de vista da natureza humana, a esperança não é algo que ela se justaponha. A esperança faz parte da natureza humana” (Freire, 1997: 80) e, por conseguinte, devemos vivê-la e possibilitar aos outros vivê-la. Este sentimento de esperança que se pode alicerçar sempre à educação para a saúde depende da percepção inalienável da inconclusão humana que para a nossa raça é vital (cf. Freire, 1997: 55) é o que nos faz perceber a nossa matéria e as nossas possibilidades futuras.

---

<sup>107</sup> “As music is a vital human capacity and a major life activity, Access to music is thus also a human right. All human rights are also disability rights. Because music is both a learned and a social activity, it both has an essential palce and, in perhaps unexpected ways, makes an essential case for inclusive education” (Lubet, 2011: 57).



## 4. PARTE EMPÍRICA

“[...] cada investigador tende frequentemente a desenvolver o seu próprio método em função do seu objecto de investigação, dos seus objectivos, dos seus pressupostos teóricos ou de outros factores contingentes” (Albarelló *et al*, 1995: 117).

Nesta discussão iremos reflectir brevemente acerca da metodologia que elegemos para esta investigação. Trata-se de uma metodologia mista, na qual utilizamos inquéritos de recolha de dados quantitativa e qualitativa, muito embora todo o tratamento referente aos dados obtidos se tenha realizado tendo por suporte uma análise qualitativa.

### 4.1. Algumas Reflexões Metodológicas

A revisão da literatura e o enquadramento teórico podem ser compreendidos à luz de uma concepção metodológica mais ampla. Neste sentido, a revisão bibliográfica, é um dos principais passos para a concretização de qualquer trabalho académico. Assim, julgamos ser de extrema relevância iniciar e ir acompanhando o trabalho de dissertação através das leituras exploratórias, para que seja possível compreender os estudos e as distintas percepções apresentadas sobre as temáticas. É a primeira forma de obter dados sobre a questão em causa porque, sabemos que o investigador, ao não possuir dados pré-existentes, deve procurar adquiri-los (cf. Quivy & Campenhoudt, 1995: 86). Através de leituras sobre diferentes trabalhos é que podemos afirmar o estado da arte em que se encontra a temática em questão. Neste sentido,

“É, portanto, normal que um investigador tome conhecimento dos trabalhos anteriores que se debruçam sobre objectos comparáveis e que explicita o que aproxima ou distingue o seu trabalho destas correntes de pensamento” (Quivy & Campenhoudt, 1995: 50).

Assim, como objectivo primordial das leituras, procuramos “retirar ideias para o nosso próprio trabalho” (Quivy & Campenhoudt, 1995: 57). Nomeadamente para compreendermos algumas dimensões da educação, da educação para a saúde e da musicoterapia, e também para servir de base à elaboração dos instrumentos, quer qualitativos quer quantitativos, de recolha de dados. Desta forma, pudemos perceber algumas questões centrais ao mesmo objecto de investigação e relacionar tópicos que consideramos essenciais para a reabilitação ou

educação/ reeducação, inter-relacionando-os com o processo de educação para a saúde e educação permanente e ao longo da vida.

Para os objectivos deste trabalho, consideramos que as entrevistas semi-estruturadas permitiram estabelecer uma abertura relativa no que concerne às respostas recolhidas, o que consideramos ser essencial visto tratar-se de uma pesquisa envolvendo uma prática terapêutica com distintas aplicabilidades, consoante as especificidades de cada sujeito. A entrevista foi assim uma técnica de recolha de dados por nós utilizada em diferentes momentos da nossa investigação. Nesta medida, efectuamos entrevistas quer a musicoterapeutas quer a um indivíduo em musicoterapia que se mostrou disponível.

A nossa intencionalidade com a realização de entrevistas foi conseguir que, num ambiente de confiança e descontração, fosse possível ao entrevistado expressar-se de forma clara e mais explícita possível. Assim, utilizamos a entrevista “para fins de investigação [...] baseada na utilização de um guia de entrevista para colocar o entrevistado em condições de se exprimir” (Quivy & Campenhoudt, 1995: 87).

A entrevista foi do tipo semi-directivo, não sendo completamente aberta, nem tendo questões precisas e exactas, permanentemente direccionadas. Como refere o autor supramencionado,

“Por um lado, trata-se de permitirmos que o próprio entrevistado estruture o seu pensamento em torno do objecto perspectivado [...] por outro lado, porém, a definição do objecto de estudo elimina do campo de interesse diversas considerações para as quais o entrevistado se deixa naturalmente arrastar” (Quivy & Campenhoudt, 1995: 87).

Assim, foram apresentadas questões guia que permitiram ao entrevistado a expressão de conhecimentos e vivências, em torno das temáticas apresentadas.

A análise de conteúdo é a componente metodológica por nós utilizada para a análise qualitativa dos dados obtidos com a recolha efectuada na parte empírica desta dissertação. Assim sendo, percebe-se que a análise de conteúdo serve “sempre para obter um conhecimento relativo a um objecto exterior a eles mesmos” (Quivy & Campenhoudt, 1995: 227). A análise por nós efectuada consistiu na descoberta de categorias presentes nas respostas dos inquiridos de forma indutiva<sup>108</sup> para, através delas, efectuarmos um inter-cruzamento com a abordagem teórica pré-realizada. Tal como referimos, para a utilização desta análise, utilizamos métodos

---

<sup>108</sup> “[...] trabalho [...] muito mais inovador, na medida em que o analista tem de descobrir as categorias pertinentes a partir das quais é possível descrever e compreender a realidade observada” (Albarelo *et al*, 1995: 120).

complementares como, a entrevista semi-directiva e o próprio questionário aplicado quer a musicoterapeutas quer a clientes de musicoterapia. Depois da utilização de distintas práticas de recolha de dados, procedemos congruentemente à utilização do método de análise de conteúdo, procurando retirar o máximo de elementos importantes para a nossa pesquisa. Consideramos pertinente, de forma mais concreta, efectuar a análise dos documentos por nós recolhidos. Para isto, revelou-se necessária uma enorme atenção e coerência na selecção dos saberes que passamos a considerar como mais válidos para a realização da análise em causa, pois estes dados são o reflexo da finalização do estudo empírico. Neste sentido utilizamos as palavras de Albarello quando refere que, “não é possível tratar estes materiais sem reflectir sobre o que os torna adequados à investigação” (Albarello *et al*, 1995: 156).

Ao longo da nossa análise julgamos ser necessário colocar em prática a capacidade de síntese, carecendo compreendê-la e reter dela o essencial, destacando as principais ideias e articulações, fazendo surgir a unidade essencial do tema em causa.

Seguidamente, aquilo que consideramos pertinente atender é à verificação das informações que são recolhidas em comparação com as hipóteses inicialmente definidas (cf. Quivy & Campenhoudt, 1995: 211).

#### **4.1.1. Métodos Quantitativos de Recolha dos Dados**

O questionário tipo Likert foi por nós eleito por ser mais adequado para a verificação do posicionamento dos sujeitos em relação à satisfação e efeito da musicoterapia enquanto processo terapêutico e de educação para a saúde. Assim, construímos um conjunto de itens mediante os quais, conseguimos perceber a postura assumida pelo interrogado consoante o seu grau de concordância ou discordância (cf. Moreira, 2009: 67). Elaboramos, portanto, questões de resposta fechada, quer para musicoterapeutas, quer para indivíduo utilizadores desta terapêutica. Ambos os questionários possuíam questões com possibilidade de resposta fechada considerando uma escala com cinco opções de opinião onde, para musicoterapeutas, as possibilidades de resposta eram de 1 a 5 sendo que, cada um dos números se referia a uma escala compreendida entre concordo totalmente e discordo totalmente. Para uma melhor compreensão dos indivíduos em musicoterapia e/ou familiares de indivíduos em musicoterapia, colocamos como escala a abreviatura das designações entre concordo totalmente a discordo totalmente, escala idêntica à anteriormente apresentada. Considera-se mesmo que ao musicoterapeuta, em investigação, interessa especialmente escalas para mediar as atitudes de

entre as quais, primordialmente se encontra, a de tipo Likert (cf. Benenson *et al*, 2008: 74). De forma concisa, pode referir-se que, este tipo de escala,

“[...] permite fazer uma medição ordinal, isto é, possibilita graduar ou ordenar os sujeitos em função de diferentes graus de adesão/não adesão, ou concordância/ discordância, em relação a determinadas opiniões ou atitudes” (Afonso, 1989a: 79).

Essencialmente, os questionários por nós aplicados consistiam em “colocar a um conjunto de inquiridos [...] uma série de perguntas relativas [...] ao nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema” (Quivy & Campenhoudt, 1995: 188). Grandemente interessa “visar a verificação de hipóteses teóricas” (Quivy & Campenhoudt, 1995: 86).

No caso concreto, ambos os questionário foram “de administração indirecta quando o próprio inquiridor o completa a partir das respostas que lhe são fornecidas pelo inquirido” (Quivy & Campenhoudt, 1995: 188) visto que, tivemos de aplicar o questionário a uma amostra maioritariamente presente fora do nosso país.

Para a elaboração dos itens do questionário baseamo-nos nas leituras exploratórias anteriormente feitas, de onde fomos retirar tópicos que consideramos pertinentes de serem constatados em trabalho empírico. Do mesmo modo, analisamos ainda alguns trabalhos práticos, dados obtidos junto de populações com determinadas patologias sobre as quais actua a musicoterapia, como foi o caso dos doentes quotidianamente em hemodiálise.

#### **4.1.2. O pré-teste**

O pré-teste dos elementos de recolha de dados quantitativos junto da população em causa foi aplicado a musicoterapeutas, via correio electrónico, tal como explicitamos anteriormente. Desde logo, com a recepção dos questionários devidamente preenchidos, pudemos perceber, de forma concreta, a existência de algumas lacunas, quer em termos da terminologia usada quer na forma como as nossas questões tinham sido elaboradas. Mais especificamente, pudemos denotar o facto de se perceber qual a terminologia adequada que se utiliza para identificar o indivíduo alvo de musicoterapia. Pudemos constatar que, principalmente no que se refere aos musicoterapeutas brasileiros, estes entendem o indivíduo alvo de musicoterapia como “cliente”. Ainda na nossa avaliação do pré-teste foi perceptível o facto de os musicoterapeutas apresentarem uma perspectiva pouco esclarecida e redutora acerca do que é a educação para a saúde. Nesta medida percebemos que seria importante, aquando da questão acerca da consideração da musicoterapia como um processo de educação para a saúde, esclarecer a

transversalidade desta concepção de forma um pouco mais aprofundada para podermos obter respostas mais e melhor fundamentadas. (Anexo I) Seguidamente, rectificamos as lacunas por nós identificadas neste instrumento no que resultou o questionário final por nós aplicado à restante amostra de musicoterapeutas. (Anexo II)

Elaboramos um segundo questionário, somente de respostas fechadas, tipo Likert, para procurar avaliar a percepção dos sujeitos beneficiários acerca da musicoterapia. No pré-teste por nós aplicado pudemos perceber que não se apresentaram dúvidas quanto à interpretação das questões e, por conseguinte, mantivemos o questionário inalterado para a aplicação do teste final. (Anexo III)

#### **4.1.3. Vantagens e Desvantagens das Opções Metodológicas**

Importa salientar neste âmbito que, a revisão da literatura, ou as leituras exploratórias, foram para a nossa análise essenciais, subsistindo durante todo o tempo de investigação. Nesta medida afirmamos convictamente que as fontes documentais nos forneceram toda a grande perspectiva de conhecimentos para podermos perceber a investigação em que estamos envolvidos. Nesta medida pode dizer-se que, “as fontes de documentação apresentam efectivamente uma extraordinária diversidade” (Albarello *et al*, 1995: 29).

Vantajosamente pode afirmar-se que, através da análise da literatura, se percebeu a necessidade da utilização de outras metodologias de investigação aqui apresentadas. Assim, percebe-se que este meio de aquisição de dados “abre muitas vezes a via à utilização de outras técnicas de investigação, com as quais mantém regularmente uma relação complementar” (Albarello *et al*, 1995: 30).

Acima de tudo, a revisão da literatura serviu para “estabelecemos o estado da questão em matéria de representações sociais” (Albarello *et al*, 1995: 30).

A entrevista exploratória por nós realizada, assim como as leituras efectuadas, para além de fornecer novos dados à investigação ou a confirmação das próprias leituras anteriores, pretendeu também “ajudar a constituir a problemática da investigação” (Quivy & Campenhoudt, 1995: 69).

Do mesmo modo, pode apontar-se como relevante o facto de, através da entrevista exploratória se

“[...] revelar determinados aspectos do fenómeno estudado em que o investigador não teria espontaneamente pensado por si mesmo e, assim, completar as pistas de trabalho

sugeridas pelas suas leituras. Por esta razão, é essencial que a entrevista decorra de uma forma muito aberta e flexível” (Quivy & Campenhoudt, 1995: 69).

Da mesma forma podemos caracterizar esta configuração de entrevista como livre pois, a nossa intenção, foi efectivamente deixar o entrevistado à vontade para poder responder de forma aberta às questões. Este tipo de entrevista caracteriza-se pelo facto do entrevistador se abster de fazer perguntas exaustivas durante a entrevista para orientar a conversa (cf. De Ketele & Roegiers, 1993: 21).

A lógica da aplicabilidade da entrevista neste contexto compreende-se efectivamente, e no nosso entender, para que seja possível a aquisição de novo conhecimento e percepção dos reais entendimentos dos outros acerca daquilo que questionamos. Assim, é necessário “abrir o espírito, de ouvir, e não de fazer perguntas precisas, de descobrir novas maneiras de colocar o problema, e não de testar a validade dos nossos esquemas” (Quivy & Campenhoudt, 1995: 70).

Para que a entrevista decorresse e fosse captada da forma mais precisa, referindo-nos neste caso somente à entrevista realizada presencialmente, compreendemos desde logo a necessidade de proceder segundo determinados parâmetros de atitude. Assim, tivemos em conta efectuar: “o mínimo de perguntas possível; Intervir da forma mais aberta possível; [...] procurar que a entrevista se desenrole num ambiente e num contexto adequados; gravar as entrevistas” (Quivy & Campenhoudt, 1995: 77).

A análise de conteúdo compreende-se como uma metodologia de análise de resultados aberta e não restrita de análise e de interrelacionamento entre as metodologias de recolha de dados e as hipóteses por nós levantadas inicialmente. É uma ferramenta flexível visto que, é através dela que se encontram e analisam as categorias indutivamente.

Como vantagens da utilização desta metodologia podemos referenciar o facto de nos permitir analisar de forma mais precisa a organização o discurso dos participantes (cf. Quivy & Campenhoudt, 1995: 230) considerando a pertinência em relação às hipóteses primeiramente traçadas. Contudo, e por outro lado, consideramos que o facto da análise de conteúdo se revelar “um campo de aplicação extremamente vasto” (Quivy & Campenhoudt, 1995: 231) pode causar um certo constrangimento na necessidade de uma análise mais precisa dos conteúdos em questão e pode levantar inúmeros questionamentos interpretativos.

Efectuamos a utilização do questionário tipo Likert em dois momentos da nossa recolha de dados. Assim, elaboramos as questões tendo em consideração dois públicos envolvidos numa mesma problemática.

De forma favorável vemos que este tipo de questionário possibilita “a utilização de diferentes formatos de resposta aos itens, o que permite, por seu turno, uma recolha muito mais eficaz de informação” (Moreira, 2009: 68). Vantajosamente pode também ser apontada a possibilidade de estabelecer-se “análises de correlações” (Quivy & Campenhoudt, 1995: 189). Do mesmo modo, Almerindo Janela Afonso afirma mesmo que, o questionário tipo Likert, é “fácil de utilizar e aplicar na fase de recolha de dados” (Afonso, 1989a: 79). No nosso entender, contudo, esta forma de recolha de dados impossibilita o indivíduo de se expressar de acordo com parâmetros próprios de entendimento das questões o que, apesar de necessário e cómodo quanto ao tratamento dos dados obtidos, pode, em certa medida, condicionar o reflexo mais autêntico da opinião do inquirido.

#### **4.1.4. Constrangimentos da Investigação**

Em qualquer investigação científica desta natureza encontram-se constrangimentos. No nosso caso, começamos por perceber uma certa limitação ao nível da existência de material bibliográfico específico, pelo menos no que se refere a literatura portuguesa acerca de musicoterapia e à presença de livros referentes ao tema nas bibliotecas mais próximas.

Por outro lado, percebemos desde logo que a musicoterapia em Portugal é uma terapia ainda pouco explorada, investigada e, mesmo praticada. Para esta conclusão, basta analisar o facto de, no nosso país, existir somente uma instituição de ensino superior com esta especialização, um Mestrado, para formar estes profissionais de saúde. Com esta reduzida oferta académica, a expectativa era a de uma limitada amostra de musicoterapeutas nacionais a colaborar para a recolha de dados. Assim sendo, apenas conseguimos perceber a existência de doze musicoterapeutas nacionais, de entre os quais quatro nunca responderam aos contactos apesar das inúmeras tentativas. Por este motivo, sentimos necessidade de alargar a nossa pesquisa e compreender a amplitude da musicoterapia um pouco por todo o mundo. A nossa amostra é maioritária do Brasil existindo ainda respostas dos Estados Unidos da América, Espanha, França e Reino Unido.

Para além desta dificuldade, percebemos posteriormente uma outra que se revelou ainda mais acentuada no que se refere à tentativa de recolher dados com sujeitos em musicoterapia. Para além da mesma escassez de profissionais no nosso país, percebemos que, apesar da musicoterapia ser adequada a indivíduos com distintas patologias, muitos destes nunca conseguiriam responder às nossas questões bem como não possuíam um familiar/ cuidador de

tal forma próximo que nos pudesse fornecer a informação necessária de forma clara e real. Resta salientar que a recolha destes dados foi de extrema complexidade para nós, e somente foi possível a obtenção de dados através do apoio de musicoterapeutas brasileiros.

#### **4.2. Apresentação e Análise dos Dados Obtidos com os Musicoterapeutas**

Antes de iniciarmos a análise dos conhecimentos dos musicoterapeutas acerca dos interesses de investigação por nós apresentados, decidimos efectuar uma breve caracterização da amostra que compreende-se por dezoito musicoterapeutas. Assim, com esta primeira abordagem, ficamos a perceber que a nossa amostra era referente a musicoterapeutas profissionais, na sua maioria com uma outra actividade profissional associada, como a docência da música ou da musicoterapia no ensino superior e psicologia. Da mesma forma constatamos que todos os inquiridos possuíam formação superior específica na área da musicoterapia, desde bacharelatos a licenciaturas, pós-graduações e mestrados. O tempo de experiência profissional de cada musicoterapeuta presente na amostra foi relevante e, no nosso entender, tivemos sorte com a amostra visto que, temos uma variedade imensa relativa ao tempo laboral em musicoterapia que vai desde os dois anos de experiência profissional a trinta e nove anos. Por fim, nesta caracterização, questionamos os musicoterapeutas acerca das instituições onde exercem a prática musicoterápica, tendo obtido uma panóplia imensa de locais possíveis ao exercício desta prática, que variam entre associações e instituições de reabilitação, educação especial, clínicas, hospitais públicos, privados e universitários, consultórios particulares, fundações, escolas etc.

De seguida, procedemos à apreciação dos itens de resposta. Para esta análise decidimos sintetizar os dados obtidos através da elaboração de uma tabela onde consideramos pertinente incluir as concordâncias (concordo totalmente e concordo), as discordâncias (discordo e discordo totalmente) as indecisões (indeciso) e, ainda, as omissões de resposta. Nesta tabela é perceptível, a negrito, as percentagens mais elevadas obtidas em cada questão e o respectivo número real de respondentes.



Itens	Percentagem de concordância/ Número real de respondentes	Percentagem de discordância/ Número real de respondentes	Percentagem de indecisões/ Número real de respondentes	Percentagem de omissões/ Número real de não respondentes
Considero a musicoterapia uma mera actividade lúdica	≈ 6% (1)	≈ 94% (17)		
Utilizo a música apenas para audição (musicoterapia receptiva)		100% (18)		
Ser musicoterapeuta é o mesmo que ser educador(a) para a saúde	≈ 11% (2)	≈ 78% (14)	≈ 11% (2)	
Quando trato de pessoas incapazes de comunicar com os outros, noto que as sessões de musicoterapia induzem sempre atitudes positivas de interacção	≈ 90% (16)	≈ 5% (1)	≈ 5% (1)	
Com a musicoterapia os pacientes apresentam maior facilidade de aprendizagem	≈ 90% (16)		≈ 10% (2)	
Utilizo com frequência música que os clientes conhecem	≈ 78% (14)	≈ 11% (2)	≈ 11% (2)	
Frequentemente, permito que seja o paciente a tomar decisões acerca da aplicação terapêutica que pretende	≈ 33% (6)	≈ 56% (10)	≈ 11% (2)	
A musicoterapia pode ter efeitos nulos em alguns clientes	≈ 61% (11)	≈ 11% (2)	≈ 28% (5)	
Habitualmente utilizo a música como uma prática a ser efectuada pelos pacientes (musicoterapia activa)	≈ 90% (16)	≈ 10% (2)		
Depois da sessão de musicoterapia muitos pacientes sentem-se capacitados para agirem sozinhos na sua vida	≈ 39% (7)	≈ 11% (2)	≈ 44% (8)	≈ 6% (1)
A musicoterapia é	≈ 67%	≈ 11%	≈ 22%	

sempre, para cada pessoa, um reencontro consigo mesma	<b>(12)</b>	(2)	(4)	
Procuro, através da música, que as pessoas visualizem imagens mentais positivas	<b>≈ 61% (11)</b>	≈ 22% (4)	≈ 6% (1)	≈ 11% (2)
Ser musicoterapeuta exige uma formação complexa	<b>≈ 90% (16)</b>	≈ 10% (2)		
Como musicoterapeuta pretendo essencialmente que as emoções oprimidas sejam extravasadas	<b>≈ 67% (12)</b>	≈ 22% (4)	≈ 11% (2)	
O tratamento pela música promove apenas saúde para a mente		<b>≈ 90% (16)</b>	≈ 5% (1)	≈ 5% (1)
Ser musicoterapeuta é uma profissão emocionalmente desgastante	≈ 22% (4)	<b>≈ 56% (10)</b>	≈ 22% (4)	
Considero que a música, por ter acção curativa, é a arte que mais facilmente atinge a totalidade do ser humano	<b>≈ 78% (14)</b>	≈ 17% (3)	≈ 5% (1)	
A musicoterapia é uma técnica curativa como outra qualquer	<b>≈ 44% (8)</b>	≈ 39% (7)	≈ 11% (2)	≈ 6% (1)
A musicoterapia também cura fisicamente	<b>≈ 61% (11)</b>	≈ 17% (3)	≈ 17% (3)	≈ 5% (1)
Sinto-me realizado(a) como musicoterapeuta	<b>≈ 94% (17)</b>	≈ 6% (1)		
Cada cliente tem sempre uma identidade sonora	<b>≈ 72% (13)</b>		≈ 11% (2)	≈ 17% (3)
Há uma história musical em cada paciente	<b>≈ 78% (14)</b>		≈ 5% (1)	≈ 17% (3)
Cada grupo de pacientes identifica-se melhor com um determinado tipo de música	<b>≈ 67% (12)</b>	≈ 5% (1)	≈ 11% (2)	≈ 17% (3)
A musicoterapia não é uma actividade lúdica	≈ 32% (6)	<b>≈ 40% (7)</b>		≈ 28% (5)
Uma das vantagens da musicoterapia é promover a autonomia dos sujeitos	<b>≈ 72% (13)</b>	≈ 6% (1)	≈ 6% (1)	≈ 16% (3)

Nunca percebi haver nenhuma desvantagem no uso da musicoterapia	≈ 33% (6)	≈ 33% (6)	≈ 11% (2)	≈ 23% (4)
---	--------------	--------------	--------------	--------------

Quadro 1. Dados obtidos com os musicoterapeutas

#### 4.2.1. Análise dos Dados Obtidos com os Musicoterapeutas

Iniciamos a nossa abordagem fazendo referência à primeira questão colocada aos musicoterapeutas que se refere à concordância ou discordância da musicoterapia enquanto uma mera actividade lúdica. *Considero a musicoterapia uma mera actividade lúdica.* Nesta síntese, os profissionais inquiridos responderam, na sua maioria, que discordam. Assim sendo, os inquiridos (94%) da amostra mostraram-se contra esta afirmação. Como vimos durante a revisão da literatura, a musicoterapia pode ser utilizada enquanto actividade lúdica, no entanto, o seu primordial objectivo não se inscreve nela. A musicoterapia é compreendida muito mais como uma terapêutica de reabilitação e de potencialização de atitudes através da animação do que, concretamente, entreter como um passatempo.

Quando afrontados com a utilização da música num processo terapêutico somente de uma forma passiva: *Utilizo a música apenas para audição (musicoterapia receptiva)*, mais uma vez as respostas se afiguraram unânimes e, portanto, os musicoterapeutas discordam total ou parcialmente desta metodologia de trabalho (100%). Como pudemos perceber anteriormente, há duas formas de aplicar a musicoterapia, receptiva ou activa. Contudo, compreende-se que a musicoterapia activa é aquela que permite ao sujeito uma maior e melhor expressividade, potenciando a sua autonomia, capacidade comunicacional, enquanto expressão da doença e de uma personalidade própria e única. Compreendemos que se deve percepção a musicoterapia enquanto integração da música e do corpo, visto que ela é totalmente realizada pelo corpo humano (cf. Fregtman, 1989: 78), daí a importância da pessoa se implicar fisicamente na prática musicoterápica.

Uma questão chave, no entanto envolta em sentido para quem é musicoterapeuta, foi a afirmação na qual se apresenta o musicoterapeuta como sendo um educador para a saúde. *Ser musicoterapeuta é o mesmo que ser educador(a) para a saúde.* Nesta abordagem as respostas forma diversas no entanto, a maioria dos musicoterapeutas (78%) discordam ou discordam totalmente da afirmação apresentada. Percebemos que, treze dos inquiridos, discordam desta simbiose de papéis. Podemos interpretar a obtenção destes resultados considerando que, em musicoterapia, mais do que educar para a saúde pretende-se promover a saúde, de uma forma

mais abrangente. Por outro lado, como iremos perceber posteriormente pela análise das questões abertas colocadas aos elementos da amostra, a percepção do educador para a saúde encontra-se ainda pouco explorada e explicitada, percebendo-se em primeira ordem que educar para a saúde é um acto meramente escolar de esclarecimento visando a prevenção de comportamentos de risco (educação para a saúde primária). Contudo, consideramos ainda que, mais do que a musicoterapia implicar educação para a saúde, na educação para a saúde a musicoterapia pode ser um dos inúmeros processos para chegar até ao indivíduo. Segundo Roland Benenzon, o organismo do ser humano é susceptível de ser educado através da música pois o corpo e a composição musical possuem uma mesma identidade (cf. Benenzon, 1985: 18). Através das respostas dos musicoterapeutas e da nossa análise concluímos que o musicoterapeuta acima de tudo é um promotor de saúde que, inconscientemente, muitas vezes, é um educador para a saúde.

No item: *Quando trato de pessoas incapazes de comunicar com os outros, noto que as sessões de musicoterapia induzem sempre atitudes positivas de interacção*, verificamos que aproximadamente 90% dos musicoterapeutas inquiridos concordam total ou parcialmente com esta afirmação. Como percebemos pela análise documental apresentada nesta dissertação, a música, por si só, é uma forma de expressão universal e diversificada, que em si compreende uma linguagem comunicacional global e que, por isso mesmo, permite a comunicação entre os humanos. A musicoterapia enquanto mecanismo terapêutico tem como objectivo proporcionar momentos de interacção e de comunicação entre o mundo e o indivíduo que, muitas das vezes, é total ou parcialmente incapaz de comunicar com o seu ambiente social. Por isto percebe-se que os musicoterapeutas concordem com esta afirmação pois, através da prática musicoterápica, a expressividade torna-se vigente e assim se pode comunicar através de um mundo significativo e compreensível, ainda que diferente. Compreendemos nesta análise que a musicoterapia funciona como um meio de comunicação com um mundo invisível, conservando a identidade humana que é única (cf. Alvin, 1997: 16). Importa realmente a comunicação através da musicoterapia enquanto ente auxiliador de relacionamentos (cf. Bergold & Alvim, 2009: 535). De forma concreta podemos perceber o caso das crianças autistas para as quais a música “é uma forma eficaz de comunicação ultrapassando as barreiras que os portadores de autismo possuem” (Caracol, 2007: 32) sendo esta, muitas das vezes, a única forma de comunicarem.

A afirmação seguinte é referente ao aumento da capacidade de aprendizagem que os clientes de musicoterapia podem adquirir através desta prática. *Com a musicoterapia os*

*pacientes apresentam maior facilidade de aprendizagem.* Em grande escala (90%), os musicoterapeutas apresentaram respostas concordantes a esta afirmação. Assim sendo, compreende-se que através da musicoterapia, tal como temos vindo a perceber ao longo desta tese, a facilidade em aprender novas coisas se acentua. Através da análise bibliográfica entendemos que, um dos objectivos da musicoterapia é, a oportunidade de permanente exploração e enriquecimento de conhecimentos para melhor permitir a apropriação das mudanças do mundo (cf. Delors, 1996: 77). Percebemos que, para aprender tem de existir uma pré-disposição e é aqui que consideramos ser premente o papel da musicoterapia. Aprender implica que a pessoa esteja disposta a tal sendo que, contudo, em certas circunstâncias, a pessoa aprende de forma inconsciência o que lhe potencia mecanismos de vontade e de necessidade de continuar aprendendo. Ao aprender, o indivíduo sente-se útil, capaz, autónomo e motivado para prosseguir, não se confinando ao seu estado patológico mas utilizando-o como arma para a mudança. Para além de tudo isto já abordamos anteriormente que, através da musicoterapia se aprende a conhecer-se a si mesmo, o auto-conhecimento de si, que facilita a compreensão de todas as limitações e potencialidades inscritas no cliente.

Quanto à afirmação referente à utilização frequente de música conhecida dos clientes, *Utilizo com frequência música que os clientes conhecem*, a maioria dos musicoterapeutas (78%) consideram concordar total ou parcialmente com esta afirmação. Percebemos que, tal como fomos referenciando ao longo da nossa análise, utiliza-se música familiar ao cliente como forma de colocar a pessoa o mais à vontade possível relativamente à terapêutica. Por este motivo vimos que Bergold e Alvim afirmavam que a música para surtir efeito deve fazer parte do mundo sonoro significativo do indivíduo. Assim sendo, utiliza-se muitas vezes a música que traz alguma significação para a pessoa em causa e, portanto, as músicas de preferência da pessoa e que lhe transportam para significações, recordações e sensações são importantes. Percebe-se que cada indivíduo possui as suas músicas características e, portanto, devem ser consideradas as preferências do cliente (cf. Duleba & Nunes, 2006: 46). No entanto, na mesma medida, sabemos que depois da assimilação de todos os componentes presentes em músicas conhecidas, o processo pode tornar-se sistemático e paralisar a evolução pretendida, portanto, importa também introduzir a novidade na terapêutica do indivíduo o que o fará elevar-se e perceber novas significações.

Relativamente à questão que afirma: *Frequentemente, permito que seja o paciente a tomar decisões acerca da aplicação terapêutica que pretende*, os musicoterapeutas

apresentaram posições diversas no entanto, na sua maioria (56%), os inquiridos consideram discordar ou discordar totalmente da afirmação. Esta questão é efectiva quanto a metodologias utilizadas pelos musicoterapeutas. Cada profissional apresenta as suas próprias formas de implementação da prática da musicoterapia e, por isso mesmo, a unanimidade não se encontra nas respostas apresentadas. Do mesmo modo, podemos considerar que as respostas maioritariamente discordantes se verificam ainda porque muitos dos clientes de musicoterapia possuem imputabilidade para optarem sozinhos por uma metodologia de sessão. Contudo, procuramos perceber se, esta forma de autonomização efectiva do cliente era praticada por um número relativo de musicoterapeutas visto que analisamos anteriormente que ao deixar optar, o musicoterapeuta está a promover a autonomia e assim está a aumentar a capacidade de opção do indivíduo (cf. Backer & Camp, 1998: 5).

Relativamente à questão: *A musicoterapia pode ter efeitos nulos em alguns clientes*, a maioria dos inquiridos (61%) concordam total ou parcialmente com a afirmação. Verificamos portanto que os musicoterapeutas percebem que a musicoterapia pode ter efeitos nulos em algumas pessoas. Durante a revisão bibliográfica pudemos perceber a existência de indivíduos com amusias, ou seja de forma concisa, intolerância à música. Efectivamente, este caso de pessoas para as quais a música é extremamente desagradável, deve ser considerado pois, para estes indivíduos a musicoterapia teria efeito nulo e poderia ser ainda um causador de stress e perturbação no organismo. Sabemos ainda que, existe uma patologia para a qual, em certo grau, a musicoterapia é até contra-indicada, que é a epilepsia. No caso destes sujeitos, a música ao funcionar como um excitador do sistema nervoso central pode provocar crises avultadas e perigosas.

Quando confrontados com a utilização habitual da musicoterapia como prática activa por parte dos pacientes, *Habitualmente utilizo a música como uma prática a ser efectuada pelos pacientes (musicoterapia activa)*, os musicoterapeutas apresentaram uma forte tendência de concordâncias (90%). Assim, os inquiridos concordam totalmente ou concordam com a afirmação em questão. Percebemos portanto que, contrariamente aos dados obtidos na questão relativa à musicoterapia receptiva, os musicoterapeutas utilizam maioritariamente técnicas de musicoterapia em que o cliente seja objecto e objectivo, incentivando primordialmente a interacção e a participação activa da pessoa. O objectivo é provocar a libertação das emoções oprimidas através da expressão musical com gritos, canto, ruídos, batimentos etc. (cf. Fregtman, 1989: 55) bem como a percepção e distinção de diversos sons de instrumentos.

Relativamente à afirmação, *Depois das sessões de musicoterapia muitos pacientes sentem-se capacitados para agirem sozinhos na sua vida*, os musicoterapeutas apresentam-se na sua maioria (44%) indecisos. Começamos por perceber que, a maioria dos profissionais, se apresentam indecisos quanto ao facto da musicoterapia capacitar para a acção concreta no dia-a-dia. Contudo, uma outra considerável percentagem de inquiridos concorda com esta afirmação o que, vai de encontro ao que analisamos no capítulo III que nos remete para a capacitação, o *empowerment* do indivíduo através de processos educativos para a saúde, como é o caso da musicoterapia neste compêndio. Nesta medida percebe-se a musicoterapia como uma abertura de novas trajectórias para possibilitar autonomia ao paciente. Percebe-se a musicoterapia como uma abertura de canais (cf. Ducourneau, 1984: 4). Consideramos novamente que a discrepância de respostas apresentadas pelos musicoterapeutas se percebe maioritariamente devido ao público com o qual estes profissionais trabalham. Como se compreende, mais facilmente se conseguem fornecer mecanismos de capacitação para a autonomização a um indivíduo que sofre de depressão do que a um outro que possua uma paralisia ou deficiência mental considerável. Apesar disto mesmo, julgamos que a musicoterapia ensina “a terem prazer de estar consigo próprios, pensar por si próprios, e lutar e acreditar nos seus sonhos” (Caracol, 2007: 22).

A questão seguinte referia que a musicoterapia, para cada indivíduo, se compreendia sempre como um encontro consigo mesmo: *A musicoterapia é sempre, para cada pessoa, um reencontro consigo mesma*. Nesta afirmação, deparamos que os musicoterapeutas concordam ou concordam totalmente, na sua maioria (67%) com a afirmação. Como se compreende pela nossa análise anterior, a musicoterapia pode conduzir a uma consciência de si, à percepção do *self*, muitas vezes perdido ou nunca encontrado devido à patologia que o indivíduo apresenta. Os musicoterapeutas inquiridos perceberam, na sua maioria, esta compreensão pois concordam com o facto das sessões de musicoterapia conduzirem o indivíduo a uma maior percepção e encontro de si consigo. A musicoterapia apresenta-se assim como um auxiliar da consciência de si mesmo e do mundo (cf. Fregtman, 1989: 11) que possibilita um auto-conhecimento e uma participação mais activa e conhecedora.

A afirmação seguidamente apresentada foi: *Procuro, através da música, que as pessoas visualizem imagens mentais positivas*. Dos profissionais questionados uma percentagem considerável (61%) concordam total ou parcialmente com esta afirmação. Começamos por compreender que, efectivamente, a maioria dos inquiridos utiliza a didáctica por nós

referenciada anteriormente acerca da importância da imagética musical. Assim, percebemos que a maioria dos musicoterapeutas da nossa amostra se preocupa grandemente em proporcionar aos clientes momentos em que estes possam “viajar”, sentir e visualizar através da música. A música é capaz de criar imagens mentais positivas (cf. Mourão, 1996: 57). Provocar sensações, como imagens ou cheiros através da audição é estimular todos os sentidos do corpo e as mais distintas capacidades perceptíveis do ser.

A questão relativa a: *Ser musicoterapeuta exige uma formação complexa*, levou cerca de 90% dos inquiridos a concordarem total ou parcialmente com a afirmação. Como percebemos pela nossa análise anterior, o musicoterapeuta é um profissional que tem de ter conhecimentos multidisciplinares de tal forma que, estes passem pela medicina, psicologia, sociologia, educação, filosofia etc. (cf. Piazzetta & Craveiro de Sá, 2006: 7). Para além de tudo isto é compreensível esta versatilidade pois o musicoterapeuta deve ter em consideração a expressão sonora, corporal e verbal do indivíduo. De extrema relevância neste contexto é ainda considerar a relação humana empática que deve ser construída com o cliente.

“[...] a dialéctica de significações que ocorre entre o profissional de saúde e o doente no encontro clínico ou preventivo exemplifica o papel proeminente das significações subjectivas sobre processos de saúde e doença. Neste encontro ocorre uma dialéctica de significações, mais ou menos táctica, entre o “conhecimento do técnico” e o “conhecimento leigo”” (Cruz Reis, 2005: 40).

O musicoterapeuta deve ainda ter sensibilidade ao sofrimento dos outros (cf. Dalai-lama & Cutler, 2008: 97). Para perceber claramente a situação da pessoa e as suas objectivações, o profissional tem de saber lidar com diferentes linguagens e assim, distintas formas de comunicação (cf. Volpi, 1996: 55). Para além deste breve relato acerca da multiplicidade de saberes, competências e características próprias que o musicoterapeuta deve conter, essencialmente este profissional deve analisar os componentes elementares de cada música antes da sessão para constatar se efectivamente se enquadram com os objectivos terapêuticos previstos.

Na questão colocada em seguida afirma-se que: *Como musicoterapeuta pretendo essencialmente que as emoções oprimidas sejam extravasadas*. Doze dos elementos da amostra (67%) concordam com a afirmação. Conseguimos perceber grandemente ao longo da nossa análise a importância atribuída às emoções no trabalho musicoterápico. Segundo Watson e Drury as emoções são potenciais do sistema nervoso que se alastram pela música o que conduz a reacções como a alegria, felicidade, amor, veneração etc. Assim, confirmamos a nossa



referência bibliográfica através da percepção maioritária dos musicoterapeutas relativamente a este objectivo da musicoterapia. Percebe-se que no que concerne ao trabalho produzido pelo musicoterapeuta, a “música, o instrumento de trabalho mais importante, era escolhido cuidadosamente, utilizando vários ritmos e estilos, permitindo a expressão plena de todo o tipo de emoções” (Caracol, 2007: 21). Através da libertação catártica, percebida há milénios pela musicoterapia, os indivíduos conseguem sentir-se mais livres e autênticos, mais capazes e “curados” para agir em sociedade.

Quanto à afirmação: *O tratamento pela música promove apenas a saúde para a mente*, os musicoterapeutas são tendencialmente unânimes (90%) discordando da afirmação. Como percebemos em toda a nossa abordagem, essencialmente premente neste ponto no capítulo II desta dissertação, a música contribui grandemente para a saúde em geral. A musicoterapia é uma ciência holista e, por conseguinte, promove “Saúde para o corpo, mente e espírito” (Watson & Drury, 1987: 12). Queremos dizer que a música pode contribuir grandemente para a saúde do corpo e mente, considerando uma noção holista de ser humano em que corpo e mente são indissociáveis. Percebemos que através da percepção da música pelo cérebro, esta pode auxiliar todo e qualquer sistema do corpo humano através dos seus distintos componentes que possibilitam a harmonia interna e podem revitalizar.

Seguidamente os musicoterapeutas foram deparados com a afirmação: *Ser musicoterapeuta é uma profissão emocionalmente desgastante*. Nesta afirmação os inquiridos maioritariamente (56%) discordam total ou parcialmente da afirmação. Efectivamente, esta questão é de índole pessoal pois, ela depende em primeiro lugar da percepção que o profissional tem acerca da sua prática e do esforço que considera aplicar nela. Contudo, a maioria dos profissionais fazem-nos chegar a percepção de que não consideram desgastante a profissão de musicoterapeuta. Entre os inquiridos, contudo, há quem considere desgastante a profissão e quem se encontre indeciso.

A afirmação que se seguiu foi: *Considero que a música, por ter acção curativa, é a arte que mais facilmente atinge a totalidade do ser humano*. Percebemos que os inquiridos grandemente concordam ou concordam totalmente com a afirmação (78%). Entendemos que, como se percebe, a percepção de música curativa por nós apresentada ainda no primeiro capítulo desta dissertação é compreendida pela maioria dos musicoterapeutas, bem como a universalidade e complexidade da música é também percebida. Por isso se afirma que a música

é a arte que mais facilmente atinge a totalidade do ser humano, pois, nela mesma está contida uma complexidade de componentes constituídos pela própria pessoa humana.

“Comparando a música com as outras artes, vemos que é ela quem tem maior atuação sobre o indivíduo, em vista da sua excepcional força biológica” (Leinig, 1977: 23).

A música e toda a sua diversificação e corpo podem equiparar-se à complexidade do nosso ser e, através dele, potenciar expressões e maturações.

A afirmação, *A musicoterapia é uma técnica curativa como outra qualquer*, levantou certas indecisões e distintas respostas por parte dos musicoterapeutas. Contudo, a maioria dos profissionais concorda com a afirmação (44%). O maior leque de profissionais considera que a musicoterapia é uma técnica curativa como qualquer outra. Efectivamente, percebemos que esta terapia possui uma capacidade emotiva imensa que nos engaja e nos faz libertar de angústias. Defendendo esta concepção de que a musicoterapia é uma técnica curativa, percebemos que a música é capaz de curar a mente e o corpo (cf. Bruscia, 1997: 75). Contudo, um número significativo de inquiridos discordam do facto da musicoterapia se apresentar aqui como uma técnica curativa como outra. Há ainda uma percentagem de indecisões, no entanto, salientamos o facto de existirem não respostas ou casos omissos pois houve musicoterapeutas que não apresentaram qualquer resposta a esta afirmação. Consideramos problemático o conceito de cura pois, como iremos compreender, para algumas patologias a cura torna-se impossível e o que se pode reflectir são melhorias no estado de saúde de forma a proporcionar um maior bem-estar ao sujeito em musicoterapia. Neste sentido, tal como vimos anteriormente, Kenneth Bruscia refere que, a música curativa é utilizada em musicoterapia como instrumento de uma técnica reabilitadora que tem de ser intensiva para ter efeito.

Relativamente à frase que afirma que, *A musicoterapia também cura fisicamente*, a musicoterapia também cura fisicamente, os inquiridos, na sua maioria concordam com a afirmação (61%). Como percebemos, esta questão apresenta-se bastante mais clara, relativamente à anterior, quanto às respostas apresentadas pelos musicoterapeutas. Assim, a maioria concorda que a musicoterapia pode traduzir-se em cura efectiva para patologias corpóreas. Analisamos que a musicoterapia pode provocar elevadas alterações no organismo humano bem como o desenvolvimento intelectual e mental (cf. Leinig, 1977: 19). Como percebemos, a musicoterapia, através da percepção do sistema nervoso central actua na nossa totalidade e pode efectivamente desencadear processos de auto-cura, conduzindo a homeostasia natural do nosso organismo a uma maior orientação e reacção. Há mesmo quem considere um

impacto directo da música sobre as células corporais (cf. Drury & Watson, 1990: 14). Estudos empíricos comprovam que existe acentuada redução da dor crónica quando se escuta música associada a imagens mentais (cf. Bergold & Alvim, 2009: 534).

Relativamente à questão, *Sinto-me realizado como musicoterapeuta*, os inquiridos foram maioritariamente unânimes na sua resposta (94%). Assim, os musicoterapeutas concordam total ou parcialmente com a afirmação. Percebemos portanto que o musicoterapeuta é um indivíduo que, enquanto profissional multidisciplinar deve, acima de tudo, efectuar o seu trabalho com conhecimento e paixão. Todo o terapeuta é peça fundamental, auxiliar na promoção da saúde, no caso presente através da música e das mudanças potenciadas por ela (cf. Hatem *et al*, 2006: 2). Só sentindo-se concretizado pode continuar a possibilitar aos outros processos de reabilitação ou habilitação significativos. O musicoterapeuta tem de ser empático e aberto às singularidades do paciente e tem de ser capaz de incitar a relação terapêutica que é de extrema importância (cf. Nascimento, 2006: 85) neste processo.

A afirmação que se refere a, *Cada cliente tem sempre uma identidade sonora* foi avaliada pelos musicoterapeutas de forma positiva visto que 72% dos elementos da amostra concordam com a afirmação. Percebe-se claramente que, por concordância, os inquiridos consentem com a existência de uma identidade sonora em cada pessoa. Uma identidade que tem de ser devidamente estudada e avaliada aquando do início das sessões de musicoterapia pois, em musicoterapia, compreende-se a pessoa em toda a sua singularidade e com necessidades específicas muito concretas. Percebe-se portanto congruente abordar a importância do princípio universal do ISO que, em musicoterapia, se refere exactamente à existência de uma identidade sonora onde se percebe a natureza de cada um. Segundo este princípio, “o semelhante actua sobre o semelhante” (Alvin, 1997: 18) o que demonstra que a produção humana actua sobre o ser humano auxiliando a sua cura.

Seguidamente apresentamos a afirmação: *Há uma história musical em cada paciente*. Os inquiridos apresentam novamente respostas equiparadas sendo que a maioria dos sujeitos concordam com a afirmação (78%). Como é perceptível, ao possuir uma identidade musical o cliente possui também uma história musical que grandemente o caracteriza e pode ajudar em muito o processo musicoterápico por possibilitar, através da musicoterapia, o reencontro com lembranças e momentos vividos. O ponto de partida de toda a ciência está centrado na história pessoal (cf. Bertrand, 2001: 116) e a musicoterapia não é diferente. A história musical, naturalmente, está vinculada com a música familiar ao cliente que anteriormente abordamos.

Concretamente, podemos acrescentar que, o musicoterapeuta deve atender à história musical e assim às vivências musicais anteriores do cliente para melhor intervir (cf. Delabary, 2006: 31).

A frase referente ao facto de cada grupo de clientes se identificar melhor com determinado tipo de música, *Cada grupo de pacientes identifica-se melhor com um determinado tipo de música*, levou a que a maioria dos musicoterapeutas concordem com a questão (67%). Como percebemos pela análise anterior os distintos tipos de música utilizados em musicoterapia influenciam, em grande escala, distintas objectividades. Assim, para determinadas patologias são prementes certos tipos de música. No entanto, depois do conhecimento prévio acerca das doenças e dos gostos musicais dos clientes, o musicoterapeuta utiliza, em grupo, tipos distintos de músicas enquadradas com as especificidades dos clientes. Este tipo de música, eleito pelo grupo em causa, acaba por funcionar maioritariamente como meio de comunicação entre os participantes (cf. Costa, 1998: 10) pois eles comunicam entre si e com o meio através desta nova linguagem. Importa ao musicoterapeuta, através do estilo musical adequado,

“[...] mobilizar as forças de um grupo para o suporte do crescimento dos membros enquanto indivíduos únicos e colaboradores. As influências entre pares são vitais neste processo de aprendizagem” (Bertrand, 2001: 45).

Quanto à afirmação: *A musicoterapia não é uma actividade lúdica*, os musicoterapeutas apresentaram respostas muito diversas no entanto, 40% dos profissionais dizem discordar desta frase. Compreendemos que esta afirmação se revele problemática pois, efectivamente, a musicoterapia possui uma componente lúdica, contudo, o objectivo primordial da musicoterapia, e daí a maioria dos profissionais discordarem da afirmação, é terapêutico, é de tratamento e de reabilitação, mas possui efectivamente um carácter lúdico que lhe confere especificidades positivas, o carácter do “jogo”. Fazer musicoterapia é assim um jogo de constante descoberta (cf. Fregtman, 1989: 26). Contudo, devemos realçar que, efectivamente, a aplicação da “música com o propósito de conseguir conservar a saúde, a felicidade e o conforto do homem é universal” (Leinig, 1977) e, portanto, nestes parâmetros, a musicoterapia ultrapassa o sentido lúdico o que defende a posição de outros musicoterapeutas concordantes com a afirmação.

Relativamente à frase, *Uma das vantagens da musicoterapia é promover a autonomia dos sujeitos*, os inquiridos foram tendencialmente concordantes com a afirmação. Percebe-se portanto que, na sua maioria, os musicoterapeutas percebem a autonomia como uma das objectividades primordiais da musicoterapia. Sabemos que, a promoção da autonomização do indivíduo em musicoterapia é essencial pois, só através da aquisição de competências de auto-estima e compreensão de si mesmo, o paciente pode adquirir alguma autonomia e se perceber

em suas capacidades. Todo o acto de educação para a saúde é definido enquanto método que conduz à aprendizagem com vista a possibilitar à pessoa tomar decisões quanto à sua saúde (cf. Oliveira, 2004: 46). Percebe-se que, a escolha da metodologia aplicada em cada sessão é relevante para que o musicoterapeuta tenha a percepção do grau de opção individual que a pessoa possui (cf. Backer & Camp, 1998: 5).

Quanto à última afirmação que solicitava resposta fechada, *Nunca percebi haver nenhuma desvantagem no uso da musicoterapia*, as respostas dos inquiridos não foram muito congruentes visto que, 33% da amostra concordam com a afirmação e também 33 % dos inquiridos discordam da mesma. Esta questão é, também ela, extremamente complexa pois tem de ser percebida consoante o contexto de aplicação profissional da musicoterapia e a experiência que cada musicoterapeuta possui até à data. Por isto mesmo consideramos a existência de uma panóplia vasta de respostas sendo que, em igual percentagem, profissionais não identificaram desvantagens e outros identificaram desvantagens na utilização da musicoterapia. Ficamos a compreender que, concretamente, alguns musicoterapeutas percebem a existência de desvantagens na utilização da musicoterapia com determinados pacientes.

Seguidamente decidimos permitir aos musicoterapeutas uma expressão mais alargada da sua opinião e percepção acerca da prática da musicoterapia. Para tal, colocamos cinco questões que de seguida apresentamos com as respectivas categorias de análise de resposta por nós identificadas.

A primeira questão colocada aos musicoterapeutas foi a seguinte: *Quais as primeiras alterações que nota nos clientes depois da terapêutica musical?*

De forma concreta conseguimos perceber que, dentro de uma variância de respostas, consoante as experiências de cada profissional, todas se enquadram na compreensão do cliente de si mesmo, portanto, na **consciência de si e da sua presença e participação/ interação no mundo**. Pudemos perceber repetidas vezes a presença de alterações provocadas pela musicoterapia tais como: desinibição; autonomia e com ela maior capacidade de analisar seus problemas; maior concentração; controlo das emoções; diminuição da dor física e emocional; maior clareza na tomada de decisões; aumento da auto-estima e da capacidade de comunicação considerando-se a musicoterapia como uma forma de expressão existindo a “possibilidade de serem escutados” e outro profissional afirma mesmo que percebe “que o cliente consegue uma proximidade na relação com o outro (e também consigo próprio)”, melhorando inter-relações e

contactos sociais; noção mais clara de auto-imagem; mudança de estado de espírito; sentimento de valorização da vida sendo que este inquirido afirma mesmo que “a felicidade neutraliza ou minora a dor física”; recuperação de identidade, “os doentes depressivos com diversos tipos de neuroses e patologias, na musicoterapia resgatam sua identidade”; concretamente ajuda a “percepção (discriminação sonora) [...] relaxamento (atividades corporais), expressão dos sentimentos (manuseio de instrumentos musicais), organização mental (ritmo) e motivação (criação de instrumentos) e descoberta de novos potenciais”; comunicar de forma “multissensorial”; aumento do nível de auto-conhecimento em geral, “percepção de si e do outro”; maior atenção e concentração; maior sentido de humor “elevación del estado anímico”; maior controlo muscular como motricidade fina; elevação da capacidade de aprendizagem; “ativação de força interior”; alegria e choro; estabelecimento de “contato visual (foco e duração)”; em suma ficam ainda “mais disponíveis à proposta” ao que outro musicoterapeuta define por “quebra de resistência”. Constatamos portanto que, efectivamente, as alterações potenciadas pela musicoterapia são múltiplas e dependem sempre do indivíduo enquanto ser holista que vem desenvolvendo distintas competências ao longo do processo.

A segunda questão colocada aos entrevistados foi: *Tem casos de cura concreta pela musicoterapia? Se sim, quantos? Gostaria de especificar algum caso?*

Consideramos que a categoria presente nas respostas dos musicoterapeutas é, no lugar de cura, a **harmonia e o bem-estar, promoção de homeostasia**, que se consegue proporcionar ao sujeito através da musicoterapia. Como percebemos, a maioria dos entrevistados não assume o conceito de “cura” mas considera as melhorias apresentadas. Para melhor argumentarmos esta concepção curativa/ de reabilitação/ aquisição de competências, utilizamos a ideia de Watson e Drury quando caracterizam por música curativa a música que auxilia exercícios destinados ao melhoramento do bem-estar. Um dos inquiridos justifica mesmo que “a Musicoterapia não pretende promover a “cura” e sim possibilitar abertura de canais que promovam melhor qualidade de vida”. Da mesma forma, nenhum dos musicoterapeutas quantifica os casos de melhoria significativa. Contudo, consideramos de extrema pertinência analisar os relatos deixados pelos profissionais dentro desta categoria. Assim, são apontadas beneficências tais como, a desinibição e o alívio da dor, que por sua vez é citado diversas vezes, e o melhoramento da dor crónica, “A música ajuda o paciente crónico a minimizar a dor e ter uma melhor qualidade de vida”. É apontada a minimização do stress através de curas por práticas essencialmente emocionais. Melhoria de comportamentos e cura da depressão, aqui sim,

apontada como cura. “A música que cura é aquela que vai ao encontro das necessidades ou das carências do indivíduo, que se harmoniza com a sua personalidade, se adapta ao que a pessoa é, e que potencialmente é capaz de mobilizá-la, de fazê-la avançar”. São referidos ainda o alívio e o desaparecimento de sintomas. Um relato diz mesmo que, através da musicoterapia, “Diria que há evolução positiva e visível em 90 por cento dos casos”. Procuram que as actividades prazerosas e criativas ampliem os recursos de relacionamento interpessoal. Nesta pertinência afirmam: “Há inúmeros casos de efectiva mudança subjetiva de clientes que se submeteram ao tratamento Musicoterapêutico”. Do mesmo modo apontam “casos en que este tratamiento há ayudado a las personas a convivir mejor com la enfermedad”. Percebem-se “transformações no modo de ser e de entender a vida”. Em suma, consideram que “melhoramos o potencial de vida dos pacientes” e, assim, o musicoterapeuta é entendido pelos profissionais como “apenas um facilitador de um processo que ajuda a que cada pessoa descubra, dentro de si, o que é melhor para si própria”.

Questionando os musicoterapeutas: *Que tipo de música utiliza?*, os profissionais fizeram perceber explicitamente três categorias de resposta.

Assim, consideramos pertinente perceber que os musicoterapeutas actuam de encontro à **música do paciente**, música conforme o ISO – Identidade sonora de cada indivíduo – seguindo as preferências do sujeito, a sua história musical implícita na história de vida.

Por outro lado são explícitos diferentes **tipos de música** utilizados sendo que, são expressos, a música instrumental, música que “incomoda” e assim promove a atenção, música clássica, música relaxante, canções infantis para crianças, jazz, música feita pela pessoa em musicoterapia, música com letra para interpretação, canções desconhecidas para introdução da novidade, folclore, músicas sertanejas, samba, pagode, funk, capoeira, canções de ninar, popular infantil e sacra erudita.

Identificamos uma terceira categoria referente a **metodologias**. Assim, os musicoterapeutas consideram que “toda a manifestação sonora é utilizada em terapia, desde a canção até ao ruído”. Outro musicoterapeuta afirma mesmo que “80% do trabalho não envolve música gravada, mas sim técnicas ativas”. Ainda outro depoimento aponta primordialmente para a utilização da música feita por si juntamente com o indivíduo em musicoterapia.

Relativamente à questão: *Efectua a avaliação da prática da musicoterapia em cada cliente ou grupo de clientes? Se sim, de que forma e em que fase(s) do processo?*

Identificamos desde logo três grupos de respostas que podemos distinguir. O primeiro, referente à **realização de avaliação**, encontra-se unânime em todas as respostas existindo, portanto, processos de avaliação em toda a prática destes musicoterapeutas.

Outro grupo categorial é relativo à **forma de avaliação** que se apresenta através de distintos instrumentos tais como, relatórios de avaliação semanais, mensais e anuais. Distintos protocolos adequados às patologias e ao desenvolvimento do sujeito. Avaliações de três em três meses. Avaliação através das mudanças visíveis nos níveis de comunicação, melhoria da qualidade de vida e relatos de indivíduos em musicoterapia. Averiguação da manutenção das capacidades. Através de “Escala de observação de evolução terapêutica”. Avaliando através do diálogo com pais ou clientes. Avaliação com equipa multidisciplinar. Em suma, o que se avalia é a “produção independente do paciente, suas respostas musicais, seu desempenho durante as sessões”.

Um terceiro aspecto compreende as **fases do processo em que se efectua a avaliação**. Neste sentido percebemos que, segundo um dos relatos, a avaliação deve ser constante durante o procedimento musicoterápico. Da mesma forma, percebe-se a necessidade específica de uma avaliação inicial (anamnese) antes da terapêutica (construção da história sonoro-musical) mesmo que em grupo. A pertinência de uma avaliação intermédia é apontada como uma reavaliação “para avaliar a evolução do tratamento”. Uma avaliação final é de extrema necessidade para dar alta ao indivíduo. Por outro lado outro musicoterapeuta considera a própria prática musicoterapêutica em grupo uma prática de auto-avaliação do sujeito em musicoterapia: “O relacionamento interpessoal promove a mudança individual e grupal”. Para além disto outros profissionais dizem efectuar uma avaliação após cada sessão registando os acontecimentos. Outros ainda apontam a necessidade de avaliação quando se verifica uma mudança de situação ou quando há estagnação no processo terapêutico.

Por último apresentamos a questão: *Qual é, na sua opinião, a relação entre a prática da Musicoterapia e a Educação para a Saúde enquanto processo educativo ao longo da vida?*

Na análise das respostas a esta questão pudemos encontrar diversas ordens e distintas respostas. Como se compreende nesta abordagem as respostas foram diversas, as compreensões são distintas, muitas vezes complexas. Começamos por perceber a presença irrefutável de argumentação acerca daquilo que é compreendido por **educar para a saúde pela musicoterapia**. Assim, dentro desta ordem, os musicoterapeutas afirmam essencialmente que educar para a saúde é uma acção profiláctica no sentido preventivo de manter a saúde,



percebemos, contudo, que este é o sentido primário da educação para a saúde. Para os inquiridos “Educar é, sem dúvida, um processo de ampliação de consciência”. Outra compreensão expressamente comum entre os musicoterapeutas é a de levar à escola a música e a musicoterapia como prática agradável e que facilita a aprendizagem e o crescimento das crianças. No entanto, depois destas apresentações, houve um profissional que afirma que educar para a saúde através da musicoterapia é possível pois, refere: “acredito que toda a prática terapêutica envolve aprendizado, e a prática da musicoterapia não é diferente”. Percebe-se ainda, pelo relato de um outro musicoterapeuta que a musicoterapia é educação para a saúde pois, conduz à saúde mental, controlo do stress etc. Mais especificamente, e de forma brilhante no nosso parecer, um entrevistado saliente que: “Acredito que quando uma pessoa se dispõe a conhecer-se melhor, escutar melhor a si e ao mundo que a rodeia, dar-se conta das suas potencialidades e ampliar as suas possibilidades de comunicação, certamente está indo na direcção de uma educação para a saúde”. Outros musicoterapeutas, consideram a musicoterapia e a educação para a saúde áreas “muito compatíveis” por perceberem que ambas são promotoras de saúde pois procuram fornecer recursos aos pacientes para melhorarem a sua saúde convivendo melhor com a doença. Outro profissional da musicoterapia revela a sua própria concepção de educação para a saúde referindo que, “Educar para a saúde é educar para que possamos desenvolver nossas potencialidades como seres humanos o máximo possível”. Para outros musicoterapeutas, musicoterapia e educação para a saúde podem, igualmente, ter resultados mensuráveis ao longo de toda a vida e, portanto, “é dever da musicoterapia estar engajada neste processo” o de educar para a saúde. Assim, um outro profissional argumenta ainda que, quer um processo quer o outro são formas de aproveitar oportunidades de crescimento ao longo da vida. Compreende-se a importância de “poder viver e ter responsabilidade com o corpo a mente e a alma”. Por fim, apresenta-se que “a musicoterapia poderá contribuir para uma melhor adesão dos indivíduos aos valores veiculados pela educação para a saúde, bem como uma maior capacidade para realizar opções adequadas à sua saúde”.

Uma outra categoria por nós identificada na análise das respostas a esta questão tão complexa foi a referente às componentes **comunicacional, de autonomia e de capacitação** prementes em ambos os processos. Começamos esta análise por salientar que, em diversas respostas, se apresentou a musicoterapia como real contributo para trazer benefícios à saúde física, mental, emocional, social, cognitiva e espiritual do sujeito. Nesta compreensão

globalizante dos benefícios inerentes à musicoterapia percebe-se que esta prática, tal como afirma um inquirido, “contempla a promoção da saúde e autonomia bem como a (re)inserção social e comunitária”. Relativamente à componente comunicacional extremamente presente em musicoterapia, um dos entrevistados afirma mesmo que, “a musicoterapia é um processo de trocas de saberes e experiências” daí a postura do musicoterapeuta enquanto orientador e educador em constante intercâmbio com o cliente. É pela comunicação que se conseguem transmitir, muitas das vezes pela primeira vez na história do indivíduo, desejos, relações, emoções e prazer. Isto revela que, o sujeito, consoante a patologia apresentada, é um indivíduo em constante auto-conhecimento e, portanto, “a musicoterapia pretende contribuir para um viver saudável, ampliando as possibilidades de experimentar um contato consigo [...] para posteriormente investir em um bem-estar físico e mental”. Para além desta percepção de si e do que lhe pertence, e no nosso entender posteriormente ou em simultâneo com isto, efectiva-se o processo de capacitação do ente. Assim, alguns musicoterapeutas entendem que a musicoterapia leva à consciência e à capacitação para aumentar a saúde aos mais diversos níveis. Mediante os relatos apresentados, através da capacitação, é que se podem desvendar processos de autonomia e percebe-se a existência de melhorias significativas que conduzem a um melhor agir, existindo com isso maior preocupação e cuidado consigo, reflexo da consciência de si. A autonomia pela musicoterapia é entendida neste contexto como estarmos “preparando nosso cliente a enfrentar o mundo. Quando trabalhamos a escuta, a percepção, a tomada de postura e de decisões, entre outras questões, estamos trabalhando com habilidades necessárias para a vida”.

#### **4.3. Apresentação dos Dados Obtidos com Sujeitos em Musicoterapia**

Seguidamente iremos apresentar os dados obtidos, e a respectiva análise qualitativa, da descrição de indivíduos em musicoterapia aos quais foi colocado um questionário breve, somente de respostas fechadas.

Iniciamos por referir que a amostra de sujeitos em musicoterapia por nós conseguida foi de onze elementos pois, como se compreende, muitas das vezes os indivíduos encontram-se impossibilitados de revelar dados concretos ou de preencher qualquer questionário. Apesar da enorme dificuldade e, recorrendo em alguns casos aos familiares mais próximos/ cuidador

principal do sujeito em musicoterapia, conseguimos, com o auxílio de musicoterapeutas, as respostas às questões que seguidamente apresentamos.

Consideramos pertinente iniciar a nossa análise pelos dados de caracterização para a compreensão das distintas fchas etárias, patologias etc., acerca de cada sujeito em musicoterapia. Neste sentido, percebemos que os indivíduos por nós questionados tinham idades compreendidas entre os dezasseis e os setenta anos de idade, percebendo-se em concreto uma média de idade de quarenta e um anos.

Questionamos os sujeitos no sentido de percebermos há quanto tempo frequentam sessões de musicoterapia. As respostas apresentaram-se muito divergentemente pois os relatos variam desde os dois meses aos seis anos de frequência desta terapêutica.

Posteriormente perguntamos a profissão dos indivíduos, o que variou infinitamente, passando por sujeitos reformados a engenheiros, estudantes, comerciantes, fonoaudiólogos, músicos, neuropatas, etc.

Ainda nesta caracterização consideramos pertinente, por fim, questionar os indivíduos em musicoterapia acerca do motivo pelo qual frequentam esta terapêutica. Nesta análise percebemos que as patologias são diversas e existem concretamente. Assim, as pessoas da nossa amostra procuraram a musicoterapia por possuírem: doenças respiratórias, reabilitação de AVC's e de doença oncológica, anóxia, lesões corporais advindas de acidentes de viação, problemas de identidade e de compreensão pessoal, problemas de memória e concentração etc.

De seguida, procedemos à apresentação dos itens de resposta. Nesta análise sintetizamos os dados obtidos através da elaboração de mais uma tabela onde consideramos pertinente incluir, da mesma forma, as concordâncias (concordo totalmente e concordo), as discordâncias (discordo e discordo totalmente) as indecisões (indeciso) e, ainda, as omissões de resposta. Nesta tabela é perceptível, a negrito, as percentagens mais elevadas obtidas em cada questão e o respectivo número real de respondentes.

Itens	Percentagem de concordância/ Número real de respondentes	Percentagem de discordância/ Número real de respondentes	Percentagem de indecisões/ Número real de respondentes	Percentagem de omissões/ Número real de não respondentes
Após a musicoterapia senti melhoras gerais no meu estado de saúde	<b>100% (11)</b>			
Conheço pessoas que não		<b>100%</b>		

melhoraram nada com a musicoterapia		(11)		
Faço sempre sessões de musicoterapia em grupo	≈83% (9)	≈ 17% (2)		
As sessões de musicoterapia aliviam o meu sofrimento	≈92% (10)		≈8% (1)	
A musicoterapia faz-me esquecer as coisas más da minha vida	100% (11)			
Comunicar melhor com os outros é um efeito bom da musicoterapia	100% (11)			
Quando estou nas sessões de musicoterapia sinto-me feliz	100% (11)			
A musicoterapia aumentou a minha capacidade de aprender	100% (11)			
Sinto prazer ao ouvir e/ou fazer música	100% (11)			
A musicoterapia é uma actividade recreativa, não curativa		≈ 83% (9)		≈ 17% (2)
Antes da musicoterapia não gostava de música clássica	≈ 42% (5)	≈ 50% (6)	≈ 8% (1)	
Só gosto da musicoterapia quando escolho as actividades que faço		≈ 92% (10)		≈ 8% (1)
Nas sessões de musicoterapia o tempo passa depressa demais	≈ 92% (10)	≈ 8% (1)		
Tenho planos para o futuro que antes não tinha	≈ 92% (10)	≈ 8% (1)		
Quando estou nas sessões de musicoterapia só me apetece chorar	≈ 8% (1)	≈ 92% (10)		
A musicoterapia não alivia a dor corporal	≈ 25% (3)	≈ 75% (8)		
Nas sessões de musicoterapia esqueço-me do mundo lá fora	≈ 92% (10)	≈ 8% (1)		
Nunca recomendei a ninguém a musicoterapia	≈ 8% (1)	≈ 92% (10)		
Sinto que me conheço melhor desde que faço musicoterapia	100% (11)			
As pessoas só acreditam em remédios receitados pelos médicos	≈ 50% (6)	≈ 34% (4)	≈ 8% (1)	≈ 8% (1)
Acho a profissão de musicoterapeuta difícil	≈ 50% (6)	≈ 25% (3)	≈ 17% (2)	≈ 8% (1)
Para mim a musicoterapia só serviu para me distrair		100% (11)		
O/A meu/minha musicoterapeuta parece-me muito bem preparado/preparada	92% (10)			≈ 8% (1)

A minha família apoia a minha ida à musicoterapia	100% (11)			
---	--------------	--	--	--

Quadro 2. Dados obtidos com sujeitos em musicoterapia

#### 4.3.1. Análise dos Dados Obtidos com Sujeitos em Musicoterapia - Interface com os Dados Obtidos com Musicoterapeutas

Através dos dados obtidos com pessoas em musicoterapia, pudemos reconhecer, em grande medida, uma convergência de opiniões com os dados obtidos com os musicoterapeutas. Assim, nesta análise, para além de deixarmos saliente os dados recolhidos dos sujeitos e respectiva análise, iremos ainda apresentar, em algumas questões, a análise transversal do cruzamento dos dados obtidos na aplicação dos dois inquéritos.

A primeira afirmação apresentada aos sujeitos em musicoterapia foi: *Após a musicoterapia senti melhoras gerais no meu estado de saúde*. Nesta afirmação os indivíduos inquiridos foram extremamente unânimes na concordância com a mesma (100%). Assim, percebemos que, de um modo geral, toda a amostra alvo de musicoterapia considera existirem benefícios significativos no que se refere à melhoria do seu estado de saúde. Percebemos por esta questão que o próprio indivíduo, enquanto ente activo em si e no processo musicoterápico, consegue perceber os benefícios trazidos pela musicoterapia e a sua capacidade curativa e regeneradora. Assim, tal como vimos anteriormente pela análise efectuada com os musicoterapeutas, percebem-se melhorias concretas no estado de saúde dos pacientes através da musicoterapia. Por exemplo, tanto o ritmo como o som e melodia atingem a motricidade, sensorialidade e afectividade (Ducoorneau, 1984: 53). Para Clotilde Leinig desde os princípios dos tempos o ser humano utiliza a música para melhorar estados depressivos (cf. Leinig, 1977: 13). Even Ruud salienta ainda a função harmonizadora que a música possui e que passa para o ser humano (cf. Ruud, 1990: 15). Efectivamente, em estudos empíricos foram constatados os benéficos efeitos da musicoterapia quanto à redução da dor crónica, exemplo disto é o estudo feito por Zanini onde através da musicoterapia os doentes com hipertensão arterial melhoraram o seu estado de saúde (cf. Zanini *et al*, 2009: 8), ou um estudo realizado com doentes cardíacos que através da musicoterapia retardavam a sua pulsação (cf. Leinig, 1977: 45).

A questão seguidamente colocada afirmava: *Conheço pessoas que não melhoraram nada com a musicoterapia*. Como se verifica, os inquiridos apresentaram-se 100% discordantes desta afirmação o que, demonstra que, de uma forma ou de outra, a musicoterapia afecta o ser humano, não existindo relatos presentes de indivíduos a quem a musicoterapia pura e

simplesmente não tivesse provocado efeitos benéficos. Percebemos, contudo, que os musicoterapeutas anteriormente inquiridos percebem esta questão de forma distinta visto que, para a maioria deles, a musicoterapia pode ter efeitos nulos em algumas pessoas. Consideramos que, mediante os resultados obtidos através do parecer deixado pelos sujeitos em musicoterapia, percebe-se que não é frequente que alguém não se sinta melhor através da musicoterapia, contudo, estes casos podem existir e, exemplo disto mesmo, são as amusias musicais em pessoas que não percebem a música da mesma forma que a maioria dos humanos tornando-se esta um agente perturbador. Uma certeza julgamos ser ilesa, mesmo que não provoque efeitos benéficos, a nulidade da musicoterapia em nada contribui para a evolução da patogenia.

Quanto à afirmação: *Faço sempre sessões de musicoterapia em grupo*, as respostas dos sujeitos, apesar de não se apresentarem tão unânimes como as anteriores, são claramente tendenciosas para a concordância visto que, nestas categorias constam nove respostas de elementos da amostra (83%). Como se percebe, as sessões de musicoterapia podem ser muito diversificadas e as metodologias são amplas e aplicadas de forma direccionada e única para cada indivíduo. Contudo, como percebemos através da nossa análise bibliográfica, a musicoterapia grupal permite muitas vezes a expressão e assim a comunicação entre indivíduos da mesma espécie através de exercícios musicoterápicos. Por isso mesmo a musicoterapia é potenciadora de comunicação para aqueles que têm dificuldade em efectuá-la, ela é mesmo socializante (cf. Ducourneau, 1984: 73). Da mesma forma, no nosso entender, ao ser promovida a interacção e a prática em grupo, está a promover-se o sentido comunitário e social com o qual lidamos no nosso quotidiano e para o qual todos devemos procurar contribuir. Uma construção conjunta é muito mais complexa e exige uma flexibilização muito maior por parte de todos os intervenientes, portanto, a musicoterapia em grupo é um enorme desafio, enquanto processo terapêutico de (re)habilitação mas também enquanto processo de integração humana, e enquanto mecanismo de educação e promoção da saúde comunitária. Exemplo daquilo que acabamos de afigurar é o facto de que esta prática, em pessoas portadoras de cegueira, as incentiva.

“[...] a retirar do seu interior todo o potencial e talento que possui apesar da sua deficiência. É pois importante proporcionar a sua integração num grupo onde ele possa conhecer diversas realidades e até dificuldades dos outros membros do grupo, podendo o coordenador do grupo levar o invisível a sentir-se útil, capaz de ser valorizado e aceite” (Caracol, 2007: 35).

Seguidamente, os indivíduos em musicoterapia inquiridos foram confrontados com a seguinte afirmação: *As sessões de musicoterapia aliviam o meu sofrimento*. Relativamente a esta declaração, tão complexa no nosso entender, os clientes apresentaram uma forte tendência para a confirmação do conteúdo do enunciado (92%). Compreende-se que o sofrimento, pelo qual todo ou quase todo o ser humano passa, considerando distintas circunstâncias da vida, pode ou não estar associado a um estado físico patológico, contudo, percebemos claramente que, doentes crónicos, têm tendência para possuírem graus de sofrimento elevados e permanentes o que lhes dificulta uma vivência salutar. Como se compreende pelos relatos apresentados, a maior parte dos pacientes afirma que a musicoterapia alivia o sofrimento. Assim, percebemos que este alívio pode advir do facto da pessoa se encontrar deprimida e a musicoterapia a alivia desta tenção psicótica, permitindo-lhe desfrutar de novas sensações pela activação do sistema límbico ou pode provocar um melhoramento do estado de saúde através do alívio da dor física que sucumbe através do alívio efectivo do sofrimento comportado pelo sujeito. Relativamente a esta análise, e quanto ao papel da musicoterapia neste enlace, entende-se que a música pode ser considerada como uma experiência capaz de desmontar a sensação de dor e ansiedade trazendo alívio (cf. Alvin, 1997: 50) o que severamente contribui para a redução do sofrimento de um indivíduo em dor permanente.

Quanto à afirmação: *A musicoterapia faz-me esquecer as coisas más da minha vida*, os indivíduos inquiridos foram efectivamente unânimes na resposta. Assim, 100% da amostra concorda com a declaração. Percebemos que para além de trazer alívio, a musicoterapia tem a capacidade de fazer com que o indivíduo se desloque do seu mundo de problemas e se situe numa outra dimensão aquando da terapêutica. Efectivamente, e pela análise bibliográfica efectuada, ao conseguir-se o deslocamento dos problemas eles tornam-se mais claros e a postura assumida pelo indivíduo, em constante crescimento, permite-lhe perceber e desocultar questões e, através disto, procurar as respostas mais adequadas para a resolução da problemática. Tal como vimos anteriormente, a musicoterapia auxilia a delineação da trajectória de vida, ela conduz à consciência de si e do mundo, possibilita ao indivíduo optar por este ou aquele caminho pois, sente-se encontrado ainda que com suas especificidades. Esta terapêutica permite a organização dos conhecimentos, perspectivas e hipóteses por parte do cliente (cf. Tesser, 2009: 4). Dá-se um deslocamento do sintoma que, muitas vezes, acontece pela componente lúdica presente na musicoterapia. Ela possibilita o alívio temporário relativamente aos problemas inerentes ao indivíduo (cf. Ruud, 1990: 19).

Colocamos uma afirmação que referia que: *Comunicar melhor com os outros é um efeito bom da musicoterapia*. Nesta questão todos os inquiridos da amostra (100%), se encontram concordantes o que nos remete novamente para o facto de que, através da linguagem musical, é possível comunicar de forma mais autêntica e precisa, comunicar de melhor forma e mais claramente com os outros o que, seguidamente, se reflecte no dia-a-dia, se expressa em todas as acções quotidianas. Esta análise situa-se de encontro com a opinião deixada pelos musicoterapeutas, sendo que, nesta primeira amostra, 90% dos musicoterapeutas concordam quanto ao facto de notarem que os clientes com incapacidades comunicacionais interagem através da musicoterapia. O facto de uma patologia contribuir para o isolamento prejudica a interacção do indivíduo e assim os relacionamentos normais com o meio. No entanto, temos percebido que a música ajuda o ser humano a identificar-se com o seu meio e a comunicar com ele (cf. Alvin, 1997: 108).

A felicidade é outra questão brevemente abordada por nós na nossa revisão literária por isso se colocou a seguinte questão: *Quando estou nas sessões de musicoterapia sinto-me feliz*. Mais uma vez os sujeitos responderam unanimemente, estando todos eles em concordância com esta afirmação (100%). Assim, percebemos que a felicidade é um fim com um longo caminho que se busca incessantemente durante toda a vida, contudo, tal como analisamos, a felicidade é feita de momentos em que nos sentimos felizes, realizados, capazes. Nesta medida, a felicidade é extremamente importante enquanto expressão de sensações pois, através dela é possível uma melhoria de humor e de estado de ânimo que se reflecte interna e externamente no indivíduo o que, naturalmente, melhora o seu estado de saúde. A música é considerada como um dom que deve contribuir para a felicidade do Homem e para a sua saúde (cf. Alvin, 1997: 20).

A aprendizagem é compreendida por nós como um acontecimento constante e imprescindível em todo o processo de educação ao longo da vida. Assim, colocamos a seguinte questão aos indivíduos em musicoterapia: *A musicoterapia aumentou a minha capacidade de aprender*. 100% dos inquiridos concordam com a afirmação e, portanto, consideram que a musicoterapia contribuiu grandemente para aumentar a sua capacidade de aprendizagem o que, em toda a sua multidimensionalidade, reflecte que a musicoterapia é um processo de educação para a saúde pois, potencia a mudança e a descoberta de novas capacidades. Para que aconteça a educação para a saúde ao longo do processo musicoterápico tem de existir aprendizagem e cada novo conhecimento é um contributo para este vasto processo de



crescimento permanente. Sabemos que é possível a aprendizagem através da musicoterapia enquanto processo cognitivo complexo que tem de passar pelo treino da atenção e memória (cf. Fonseca, 2001: 49). Comparativamente, e em confirmação da análise deixada, os musicoterapeutas também concordam maioritariamente com a ocorrência de um aumento da capacidade de aprendizagem dos indivíduos após sessões de musicoterapia.

Apresentamos o item: *Sinto prazer ao ouvir e/ou fazer música*. Mediante esta afirmação, todos os inquiridos responderam concordantemente com a questão (100%). Como percebemos durante a nossa análise bibliográfica os mecanismos neuronais que nos conduzem ao prazer são anti-depressivos e inibem as sensações negativas com o auxílio da libertação de hormonas respectivas para este efeito. Segundo vimos, Spitzer defende que, a música, assim como outros estímulos, funciona como um impulsor de prazer activando o nosso sistema de recompensa (cf. Spitzer, 2002: 168). O prazer é entendido por Steffan Klein como um potenciador de equilíbrio apresentando-se como um dos objectivos da musicoterapia enquanto forma para manter o organismo num funcionamento próximo do ideal (cf. Klein, 2007: 69).

Quanto à afirmação: *A musicoterapia é uma actividade recreativa, não curativa*, os inquiridos discordaram, na sua maioria, deste pressuposto (83%). No nosso entender, a palavra curativa pode suscitar alguma controvérsia pois, como temos vindo a perceber, em muitos casos a cura concreta não é plausível e, em outras circunstâncias, somente a musicoterapia não consegue curar o paciente necessitando-se assim de uma intervenção multidisciplinar. Contudo, entendemos que a maioria dos sujeitos em musicoterapia consideram a musicoterapia uma actividade muito mais curativa do que recreativa. Consideramos que efectivamente os indivíduos possuem experiências musicoterápicas que lhes proporcionam muito mais processos de cura do que de mero entretenimento e animação. No caso dos musicoterapeutas inquiridos, como verificamos anteriormente, ainda que numa percentagem relativamente pequena mas que representa a maioria (44%), estes profissionais apresentaram também a musicoterapia como uma técnica curativa e, portanto, percebem-se aqui implícitos diversos efeitos benéficos da musicoterapia que já citamos em análises anteriores.

Ao apresentarmos a afirmação: *Antes da musicoterapia não gostava de música clássica*, as respostas dos inquiridos foram diversas. Assim, percebemos que antes da musicoterapia, metade dos sujeitos já gostavam de música clássica pois apresentam discordância à afirmação. Percebemos que o gosto musical de cada um é importante, apesar de relativo e indiscutível, e a

qualidade da música imensamente importante para uma terapia musical apropriada. Assim, quando os indivíduos em musicoterapia estão veiculados a “maus hábitos musicais” deve ser prática irem-se apropriando de novas sonoridades e novas composições, com um maior potencial de acção sobre a pessoa. Esta novidade, que não deve ser imediata, daí a importância da utilização de música familiar ao indivíduo, é que vai potenciar a sua redescoberta, o crescimento educativo que se constata através da musicoterapia. Stefan Klein afirma que a melhor forma para impedir a opressão de sentimentos é alterar os estímulos (cf. Klein, 2007: 92), alterar o tipo de música, ou os exercícios musicoterápicos.

Porque sabemos que, em alguns momentos da terapia musical, é promovida a autonomização do sujeito, sendo o próprio a escolher a modalidade terapêutica da sessão, declaramos: *Só gosto da musicoterapia quando escolho as actividades que faço*. Concretamente, a maioria dos inquiridos discorda da afirmação (92%) e, portanto, percebemos que a opção metodológica não lhes é relevante aquando da prática de musicoterapia. Percebe-se que, uma das funções do musicoterapeuta, é ser, mais que um terapeuta, ser um acompanhante do processo e da evolução do indivíduo em musicoterapia, portanto, ele deve sempre considerar as especificidades de cada um e elaborar as técnicas terapêuticas utilizadas em cada sessão em consonância com as especificidades do seu alvo. Ao encontrarem-se maioritariamente concordantes, no nosso entender, as pessoas procuram demonstrar que se sentem integradas e adaptadas à terapêutica que lhes tem sido aplicada. Os musicoterapeutas inquiridos, relativamente ao facto de frequentemente permitirem ao paciente a tomada de decisão acerca da aplicação da musicoterapia, na sua maioria discordam, posição que se apresenta de encontro com a dos sujeitos em musicoterapia aqui apresentados.

A afirmação seguinte foi: *Nas sessões de musicoterapia o tempo passa depressa demais*. Acerca desta percepção temporal os clientes foram maioritariamente concordantes com a afirmação (92%). Percebe-se, portanto, que a noção temporal deixa de fazer sentido aquando da musicoterapia, sendo a sessão de tal forma agradável que provoca na pessoa uma sensação de passagem rápida do tempo. Da mesma forma, julgamos pertinente deixar o exemplo dos doentes que efectuem hemodiálise considerarem que, quando têm música agradável, o tempo passa de melhor forma e mais rapidamente. Podemos assimilar esta análise a uma questão anteriormente analisada, também ela referente aos sujeitos em musicoterapia, quanto ao facto da musicoterapia causar abstracção quanto aos problemas da vida. Assim, o efeito abstracto da música consegue penetrar nos indivíduos desinibindo-os e desocultando um contexto espaço-

temporal. Na mesma medida, e em relação a diversos benefícios conseguidos através da musicoterapia, ela promove organização espaço-temporal, comunicação e socialização (cf. Guzmán, 2010: 66).

Quanto à afirmativa: *Quando estou nas sessões de musicoterapia só me apetece chorar*, procuramos entender se estas sessões provocavam emoções de tal forma fortes que, denunciavam um extravasamento através do choro. Os inquiridos discordaram na sua maioria da afirmação (92%). Podemos perceber a reacção do choro como um extravasamento de emoções. Contudo, entende-se esta reacção como um reflexo de tristeza. Efectivamente, e tal como tínhamos analisado numa questão colocada anteriormente, a musicoterapia, ao conduzir a emoções prazerosas, também proporciona bem-estar e assim felicidade. Da mesma forma verificamos que, à questão presente os indivíduos apresentaram-se maioritariamente discordantes e, portanto, revelam que a musicoterapia não condiz com reacções reflexas de tristeza.

Apresentamos de seguida uma afirmação acerca das aspirações tentando compreender se os indivíduos em musicoterapia apresentam planos para o futuro que anteriormente não apresentavam: *Tenho planos para o futuro que antes não tinha*. Onze inquiridos afirmam concordar efectivamente com esta declaração (92%). Esta obtenção de dados, no nosso entender, revela que a musicoterapia, através das suas múltiplas componentes de aprendizagem e recursos sonoros, potencia a emancipação da pessoa humana. Ao melhorar o estado de saúde e ao aumentar o patamar educativo do sujeito, em musicoterapia está-se a transformar a pessoa num ser melhor, mais conhecedor do meio e de si mesmo. Com isto, surgem os projectos, a emancipação e a vontade de ser e fazer mais. Segundo Roland Benenzon a música influencia o ser humano por se afigurar como um mecanismo de mudança do ritmo de vida, assim, o processo interactivo que nela se encontra implícito, salienta as múltiplas virtudes que pode transmitir aos indivíduos penetrando no seu íntimo e amplificando espaços e tempos vivenciais (cf. Benenzon *et al*, 1997: 99).

Um item que se verificou bastante específico quanto às posições dos respondentes foi: *A musicoterapia não alivia a dor corporal*. Quanto a esta questão, os indivíduos em musicoterapia discordam maioritariamente (75%). Percebe-se portanto que, para esta maioria, a musicoterapia alivia efectivamente a dor corporal. No nosso entender, pelo que vimos analisando, quer seja pela acção efectiva no sistema nervoso central e posteriormente nos restantes sistemas corporais quer seja por mero deslocamento do sintoma verifica-se que, efectivamente, a

musicoterapia contribui para o alívio da dor corporal. De forma bastante explícita, revemos a análise bibliográfica quando se afirma que a musicoterapia contribui para um melhor funcionamento do metabolismo, da libertação de hormonas como a adrenalina, da regulação da frequência respiratória e da pressão sanguínea, do aumento da sensibilidade sensorial etc. (cf. Sousa, 2005: 135). Do mesmo modo percebemos a análise feita às respostas dos musicoterapeutas relativamente ao facto da musicoterapia curar fisicamente. Nesta abordagem os inquiridos, tal como os sujeitos em musicoterapia, concordam com a afirmação (61%), o que revela conformidade entre todos os relatos.

Quanto à afirmação: *Nas sessões de musicoterapia esqueço-me do mundo lá fora*, retornamos a análise da abstracção tempo-espço que a musicoterapia pode proporcionar. Os indivíduos em musicoterapia consideram maioritariamente (92%), concordar com a afirmação. Como verificamos, grande parte dos pacientes consegue a entrada numa realidade paralela em que é só musicoterapia, deixando de parte a noção do mundo, da sua situação social e problemas inerentes a patologias.

Colocamos uma afirmação seguidamente que referia que o indivíduo inquirido nunca recomendou a ninguém a musicoterapia: *Nunca recomendei a ninguém a musicoterapia*. Percebemos que esta afirmação é considerada pelas pessoas como quase totalmente falsa, pois, 92% dos questionados afirmam discordar da afirmação o que revela que recomendaram a musicoterapia a alguém por seus benefícios. Desta forma, conseguimos concluir que a musicoterapia traduz-se em bem-estar para os seus usuários de tal forma que, sem qualquer constrangimento, a podem aconselhar a quem dela puder usufruir, considerando que é uma terapêutica multidimensional e que auxilia a pessoa com as mais diversas problemáticas e com inúmeras potencialidades para decodificar.

Por querermos percepcionar melhor a consciencialização de si que cada indivíduo vai adquirindo através da musicoterapia colocamos a afirmação seguinte: *Sinto que me conheço melhor desde que faço musicoterapia*. Unanimemente os inquiridos foram concordantes com a afirmação (100%), o que revela que, concretamente, a musicoterapia contribui para o auto-conhecimento da pessoa, para uma maior consciência de si, percepção do *self*, das suas limitações e potencialidades, das suas irregularidades e regularidades padronizadas e flexibilizações conseguidas, o que muitas vezes podia, até então, parecer impossível. Como analisamos na revisão literária, a musicoterapia contribui grandemente para a própria consciência do indivíduo sobre si mesmo. Assim, compreende-se que o indivíduo deve possuir

uma consciência corporal, limitada e ilimitada, de si mesmo (cf. Ortega, 2009: 3) para se conhecer realmente. Pudemos perceber através da análise da questão colocada aos musicoterapeutas relativa a se, a musicoterapia, para cada indivíduo, se compreendia sempre como um encontro consigo mesmo, que os inquiridos concordam com esta afirmação, na sua maioria (67%). Nesta medida, constatamos que, efectivamente, quer pelos relatos dos musicoterapeutas quer pelos relatos dos sujeitos em musicoterapia, o conhecimento de cada um sobre si mesmo aumenta através da musicoterapia.

Uma outra afirmação, referente a crenças comuns foi: *As pessoas só acreditam em remédios receitados pelos médicos*. As respostas a esta afirmação foram extremamente divergentes contudo, e maioritariamente, metade dos inquiridos concordam com a afirmação (50%) e, portanto, consideram que muitas pessoas só acreditam naquilo que é receitado por médicos e não numa busca de cura natural da qual é exemplo a musicoterapia. Compreendemos que esta questão se afigura polémica por ser baseada em crenças populares. Procuramos, assim, tentar perceber se os inquiridos ainda mantinham uma percepção social baseada na crença do “medicamento que tudo cura”, contudo, percebemos que a maioria compreende que o equilíbrio homeostático do ser humano pode surgir de forma natural desde que devidamente auxiliado.

Relativamente à profissão de terapeuta musical decidimos apreciar a posição dos sujeitos em musicoterapia quanto à afirmação: *Acho a profissão de musicoterapeuta difícil*. Percebemos que, de forma maioritária, 50% dos inquiridos concordam ou concordam totalmente com esta afirmação. Consideramos que a percepção da maioria das pessoas em musicoterapia recai para ao facto desta profissão ser difícil, provavelmente por implicar um conhecimento multidisciplinar e ter de encarar e dar resposta a diversos tipos de patologias. Por esta imensa complexidade é que se afirma que o campo de actuação da musicoterapia é de extrema complexidade por pertencer a um “lugar ambíguo de não pertencer à Música, nem à Psicologia, nem à Medicina. A Musicoterapia ameaça, deste lugar, a ordenação moderna” (Chagas & Pedro, 2008: 60). Em paralelo e, mais uma vez estabelecendo consonância, os musicoterapeutas inquiridos, relativamente à afirmação que referia que ser musicoterapeuta exige uma formação complexa, concordam maioritariamente com a afirmação o que revela a posição dos musicoterapeutas enquanto elementos necessariamente portadores de uma profissão exigente.

Quanto à afirmação: *Para mim a musicoterapia só serviu para me distrair*, procuramos perceber se as pessoas em musicoterapia a percebiam somente numa lógica lúdica e de

animação no entanto constatamos que, todos os inquiridos discordaram com a afirmação (100%) e, portanto, não consideram que a musicoterapia seja um entretenimento. Podemos esclarecer a existência de uma componente efectivamente lúdica no instrumento da musicoterapia, portanto, a música possui uma importante componente lúdica que pode ser utilizada como arma para a mudança terapêutica pretendida (cf. Guzmán, 2010: 68).

Novamente relativamente ao profissional da musicoterapia colocamos a seguinte declaração aos nossos inquiridos: *O/A meu/minha musicoterapeuta parece-me muito bem preparado/preparada*. Os sujeitos apresentaram-se maioritariamente unânimes pois, 92% destes concorda ou concorda totalmente com a afirmação. Isto leva-nos a considerar que, reflexo do trabalho promovido pelo musicoterapeuta é o bem-estar conseguido pelo indivíduo relator.

Por último apresentamos a afirmação seguinte: *A minha família apoia a minha ida à musicoterapia*. Como percebemos, 100% dos inquiridos concordam ou concordam totalmente com a afirmação. Sabemos que, em muitos dos casos, as famílias ou cuidadores principais são uma alavanca de impulsão para a prática da musicoterapia. São eles que procuram e encontram os melhores meios para a promoção do bem-estar do indivíduo. Assim, naturalmente percebemos que, também nos casos da nossa amostra, se verifica que a família é fulcral no apoio à prática da musicoterapia.

#### **4.3.2. Apresentação e Análise dos Dados Obtidos através de Entrevista a um Sujeito em Musicoterapia**

Por termos conseguido o contacto de uma pessoa que vivencia quotidianamente a experiência da terapia musical julgamos pertinente efectuar uma entrevista semi-estruturada considerando certos aspectos que percebemos fulcrais para entendermos se realmente a musicoterapia é beneficiante para a saúde da pessoa em questão. Para a elaboração desta entrevista baseamo-nos essencialmente nas questões previamente elaboradas, ainda que na forma afirmativa, para a constituição do questionário para sujeitos em musicoterapia.

A pessoa em questão, respondeu enquanto cuidadora principal de um indivíduo em musicoterapia, portador de uma patologia rara confundível com o autismo. Conseguimos efectuar esta entrevista de modo presencial o que facilitou a sua gravação e entendimento das respostas às questões que seguidamente serão analisadas. (Anexo IV).

A primeira questão colocada foi: *Através da musicoterapia sente melhoras gerais no seu estado de saúde? Se sim, de que tipo?* A pessoa entrevistada respondeu claramente que tudo

depende do estado inicial em que se encontra. Considerando este ponto de partida, percebe-se como categoria essencial da resposta a esta questão a **alteração de humor** que é frequente e, portanto, este elemento afirmou que “se mais agitada, posso sentir calma, se estiver triste posso me sentir alegre, mas também posso me sentir já bem e continuo a sentir-me bem”. Dentro da mesma lógica, o elemento entrevistado afirma que, efectivamente, aquando de estados mais nervosos, a música serve como um calmante natural que lhe possibilita sentir-se feliz. Neste caso concreto, podemos subscrever os autores quando afirmam que, “pais ou cuidadores sempre percebem modificações no comportamento quando existe música no ambiente” (Chagas & Tibúrcio, 2006: 3). A alteração do estado de ânimo já por nós focalizada, bem como a condução para estados de felicidade, apresenta-se de extrema relevância nesta primeira análise e em consonância com as respostas positivas anteriormente acentuadas pelos sujeitos em musicoterapia alvo do inquérito à distância.

A segunda questão colocada foi a seguinte: *As sessões de musicoterapia que prefere são individuais ou em grupo? Porquê? Para si, o que as distingue?* Ambas as experiências são relatadas na entrevista. Relativamente à **musicoterapia em grupo**, a entrevistada afirma utilizar a música enquanto terapia efectuando uma analogia com a sua participação em coros etc. Contudo, especifica que o canto em coro reflecte “uma pequena contribuição para uma coisa maior [...] É uma participação, uma pecinha de um leque, pequenina, para uma coisa maior”. Percebemos portanto que, para além da componente comunicacional, se apresenta aqui a componente social e comunitária da música, enquanto elemento conducente de participação, contributo e bem comum. Já relativamente à **musicoterapia individual**, considera que, gosta de escutar e de fazer música sozinha, percebe também que a escuta em grupo, ou seja, musicoterapia receptiva, é como estar a escutar isoladamente pois é para cada um.

A terceira questão colocada foi: *Considera que com a música foi aliviado o seu sofrimento? Se sim, em que medida?* Relativamente a esta questão a entrevistada não apresentou qualquer resposta.

A quarta questão foi: *Sente que através da terapia pela música desenvolveu capacidades de comunicação com os outros? Se sim, o que mudou na sua forma de comunicar?* Quanto ao **desenvolvimento da capacidade de comunicar** o elemento entrevistado considera que, no caso da pessoa cuidada, que possui sérias dificuldades de comunicação, efectivamente, desenvolveram-se formas de comunicação através da música sendo que, é “a maneira por que nós conseguimos comunicar com ele porque não havia qualquer tipo de comunicação e foi

absolutamente crucial". Percebemos que este relato vai inteiramente de encontro às respostas dos clientes e dos musicoterapeutas apresentadas anteriormente, pois, são verosímeis para ambos os pólos de acção desta terapia as reais influências da musicoterapia no processo comunicativo do ser humano.

A questão seguinte foi: *Sente que a musicoterapia lhe trouxe um maior bem-estar e felicidade? Se sim, em que circunstâncias?* Relativamente a esta questão, a resposta da pessoa inquirida foi breve referindo que, "Obviamente que a música traz maior bem-estar e felicidade em todas as circunstâncias e mais algumas". Percebemos com esta afirmação redundante e saliente que, nas mais diversas situações, a música pode e deve entrar, servindo de inibidor ou potenciador de estados de ânimo e que, esta, só por si, tem a capacidade de nos transformar, de nos fazer sentir felizes e em plenitude. Esta afirmação, mais uma vez, encontra-se em consonância com as respostas maioritárias dos sujeitos em musicoterapia que fizeram parte do inquérito anterior.

Quanto à questão: *Por diversas vezes a utilização da música de forma terapêutica, em sua experiência, lhe desencadeou sentimentos que a/o levaram a chorar? Se sim, com que tipo de música?* Novamente percebemos a importância do **estado emocional** prévio para a prática musicoterápica. Neste caso, o elemento entrevistado afirma que, "sim, mas muitas vezes a mesma música pode levar a chorar ou a rir". Afirma ainda que importa grandemente o estado primeiro em que se encontra a pessoa e diz-nos que não acha que seja a música, propriamente, que desencadeie tal reacção, o que é contrário ao que vimos estudando, se considerarmos a existência de componentes musicais concretas que se caracterizam especificamente por possuírem variáveis que incitam certas emoções. Percebemos que, em contraste com os restantes sujeitos inquiridos, este indivíduo em musicoterapia considera ambas as situações, o choro e o riso, dois estados de ânimo associados à emocionalidade. Já maioritariamente, como analisamos, os inquiridos consideram a inexistência de vontade de chorar nas sessões de musicoterapia.

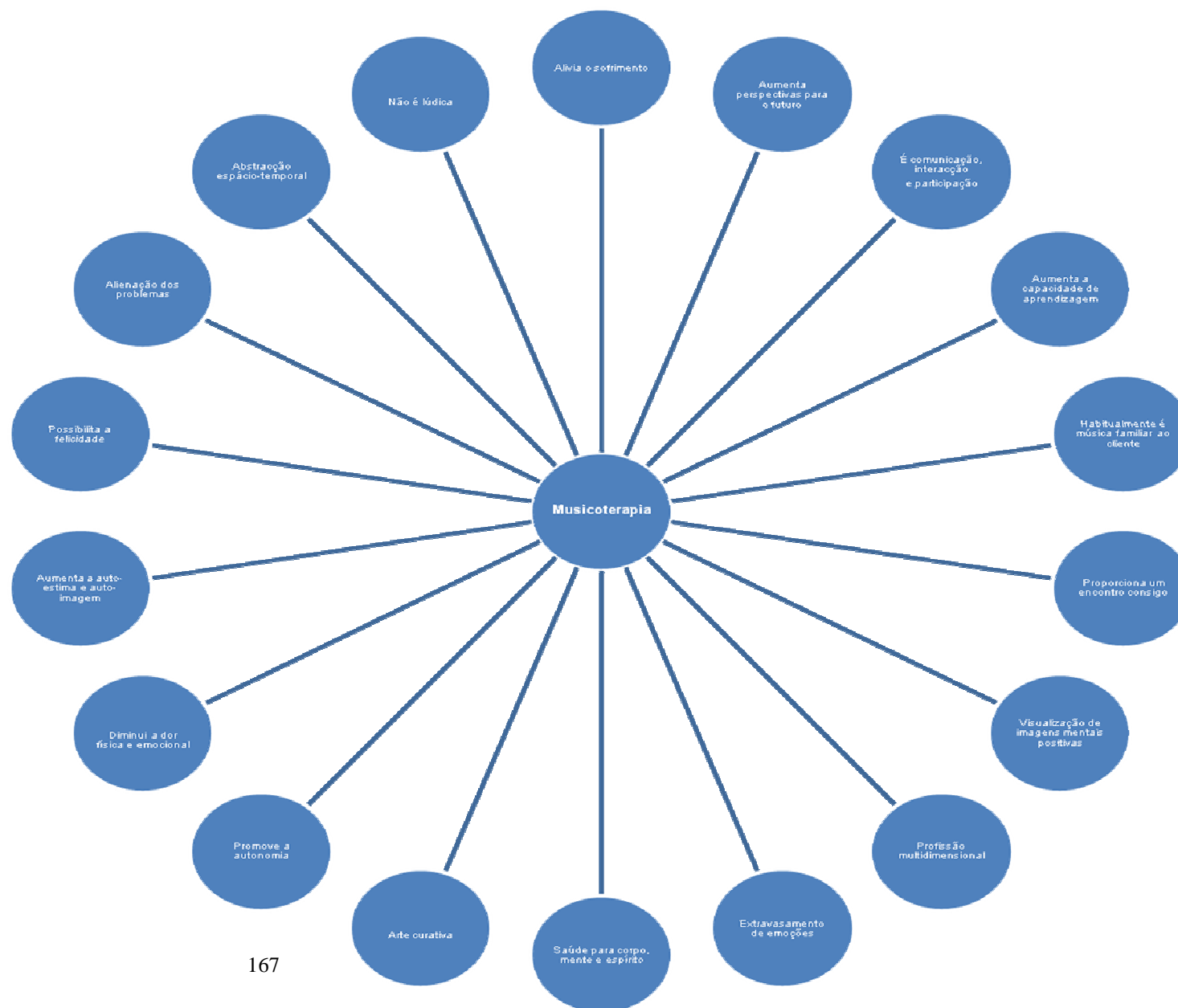
A sétima pergunta foi: *Depois de começar com a musicoterapia passou a ter mais e melhores planos para o futuro?* A pessoa entrevistada faz uma associação entre o **crescimento acompanhado por música e os planos para o futuro**. Assim, considera que, crescer a ouvir música, também sempre se sentiu com planos para o futuro. Considera no entanto a existência de **desafios diferentes** que lhe vão surgindo em paralelo com a música.



Seguidamente colocamos a seguinte questão: *Durante a terapia musical consegue abstrair-se do mundo, dos problemas e do factor tempo, de forma a nem dar pela passagem das horas?* A resposta a esta questão foi breve e extremamente clara: “Consigo claro, e mesmo da passagem das horas sim”. Esta resposta vem confirmar as respostas dadas pelos indivíduos em musicoterapia porque demonstra, mais uma vez, a existência de um mundo abstracto para o qual a música nos transporta e no qual podemos ser e fazer mais e melhor.

A última questão por nós colocada referia: *Sente que se conhece melhor desde que tem a música como terapia? Se sim, em que aspectos?* O sujeito entrevistado remeteu a nossa questão interpretando-a como um **desafio**. Assim, percebe que vai crescendo com a música mas que, como sempre a escutou largamente, entende que a vai adquirindo através do estudo de uma ou outra peça musical. Considera essencialmente que “há uma surpresa no fim e descoberta”.

#### 4.4. Representação dos Dados Obtidos na pesquisa com Musicoterapeutas e Sujeitos em Musicoterapia



## CONCLUSÃO

Em jeito de conclusão, e revendo o que se considerou fulcral ser compreendido neste estudo, consideramos que, em termos gerais, a nossa dissertação cumpriu, em grande medida, os objectivos iniciais que apontavam para um maior e melhor esclarecimento acerca do contributo da musicoterapia para um processo de reabilitação e desenvolvimento global, de educação para a saúde (permanente e ao longo da vida), independentemente do estado de saúde apresentado pelo indivíduo.

Invocando as perguntas de partida desta pesquisa, percebemos que o sentido de cura tem uma clara inter – relação com o sentido de cuidar. Assim sendo, percebemos como a musicoterapia pode potenciar mecanismos de cura internos que se encontram em repouso, despoletando um estado que pode permitir ao sujeito um maior bem-estar ou a manutenção mais estável de um bom estado de saúde.

Apreendemos ainda como é vasta a dimensão da musicoterapia, seu alargado campo de conhecimento e de aplicação. Ela é por nós percebida como tendo uma natureza educativa e promotora de saúde, mas também como possuindo componentes de uma natureza multidimensional.

Nesta análise, pudemos compreender a forma como entra a música no corpo humano, os mecanismos neurológicos que são activados e a respectiva resposta produzida pelo sistema nervoso central e restantes sistemas do corpo humano que potenciam o restabelecimento do estado de saúde do sujeito.

Toda esta abordagem foi globalmente realizada considerando a componente mais holista do ser humano; ser alvo da musicoterapia, enquanto ser pleno de consciência e detentor de uma multiplicidade de dimensões, todas elas a serem trabalhadas e exploradas pela musicoterapia para induzir uma maior e melhor resposta saudável. Nesta medida, salientamos que, no ser humano, através da musicoterapia, pode ser desvendado, como refere um autor, o caminho para “a subjectividade da consciência. Os seres humanos têm visão, audição, paladar, olfacto, tacto, sentido de equilíbrio, percepção de dor, emoções, racionalidade e muitas outras estruturas cognitivas” (Curado, 2007: 71), e todas elas são abarcadas no processo musicoterápico provocando a constante evolução educativa dos sujeitos (pacientes ou educandos).

Naturalmente que houve dificuldades neste trabalho de investigação. A principal dificuldade, mas também a sua maior sedução, foi querermos estudar um objecto novo, para

nós. Tendo formação na área da música e, mais tarde, em Educação, foi um desafio tentar articular, e pôr em diálogo, duas vertentes de uma biografia. Por outro lado, apesar da literatura ser vasta, tal como frisamos no início desta dissertação, sentimos bastante dificuldade em conseguir bibliografia em língua portuguesa e, por conseguinte, tivemos de recorrer a diversos meios para conseguir obter material da área. Finalmente, não foi facilmente acessível o contacto com profissionais musicoterapeutas disponíveis para atender às nossas solicitações.

Apresentamos algumas sugestões que percebemos serem essenciais para investigações futuras pois consideramos que este trabalho, essencialmente de carácter exploratório, se percebe ainda bastante inicial no que concerne às ciências que suportam a musicoterapia.

Julgamos também ser pertinente uma posterior análise de distintas metodologias de musicoterapia, avaliando-as como promotoras da educação para a saúde e considerando também a análise respectiva das patologias a que são aplicadas.

Faltou ainda uma análise mais prática e de introdução de novas técnicas e métodos de musicoterapia em grupos específicos. Desta forma, consideramos que poderia ter sido útil acompanhar mais largamente processos de intervenção, nomeadamente em programas especificamente orientados para determinadas patologias ou para formas de educação ou reeducação.

Estas e outras preocupações poderão ser retomadas em trabalhos futuros uma vez que consideramos ter aprendido bastante, sobretudo em termos de metodologias e de conhecimentos de literatura específica ao objecto de estudo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFONSO, Almerindo J. (1989a). *A função socializadora da educação escolar, perspectivas teóricas e atitudes docentes*. Braga: Universidade do Minho.
- AFONSO, Almerindo J. (1989b). A sociologia da educação não-escolar e a formação de animadores/ agentes de desenvolvimento local. In Licínio C. Lima (org.). *Educação de Adultos Fórum I*. Braga: Universidade do Minho, pp. 87-104.
- AFONSO, Almerindo J. (2001a). A redefinição do papel do Estado e as políticas educativas. *Sociologia, Problemáticas e Práticas*. nº 37, pp. 33-48.
- AFONSO, Almerindo J. (2001b). Emancipação ou Emancipações? A Educação entre a crise das metanarrativas e a hipervalorização dos projectos individuais. In A. Teodoro (org.). *Educar, Promover, Emancipar*. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas, pp. 223-243.
- AFONSO, Almerindo J. (2004). Há mais vida para além da Escola da Ponte. *A Página da Educação*. nº134, p.21.
- AFONSO, Almerindo J. (2007a). Escola pública, professores, currículo e cidadania – um breve olhar sociológico. *Revista E-Curriculum*. vol. 2, nº 2, pp 1-7.
- AFONSO, Almerindo J. & RAMOS, Emílio Lúcio Villegas (2007b). Estado-nação, educação e cidadanias em transição. *Revista Portuguesa de Educação*. vol. 1 nº 20, pp. 77-98
- AIRES, Joaquim Maria Quintino. (1995). *Neurociências I (Ciências Básicas)*. Lisboa: Edição do autor.
- ALBARELLO, Luc; DIGNEFFE, Françoise; HIERNAUX, Jean-Pierre; MAROY, Christian; RUQUOY, Danielle & SAINT-GEORGES, Pierre (1995). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- ALMEIDA, Pereira (2001). Medicina, Teologia, Humanidade. In *Actas da Reunião Internacional de História da Medicina*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. pp. 235.281.
- ALVIN, Juliette (1997). *Musicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- ANTUNES, Maria da Conceição (2008). *Educação, Saúde e Desenvolvimento*. Coimbra: Almedina.
- BACON, Francis (2002). *A Sabedoria dos Antigos*. São Paulo: Unesp.
- BACKER, Jos & CAMP, Jan (1998). Musicoterapia em Psiquiatria. *Textos de Musicoterapia* Lisboa: Associação Portuguesa de Musicoterapia, pp.159-160.
- BARTOLOMÉ, Lilia (2007). *Pedagogia da Subordinação*. Mangualde: Edições Pedago.

- BENENZON, Roland (1985). *Manual de Musicoterapia*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- BENENZON, Rolando; GAINZA, Violeta Hernsy & WAGNER, Gabriela (1997). *Sonido - Comunicación - Terapi*., Salamanca: Amurú Ediciones.
- BENENZON, Roland; WAGNER, Gabriela & TERÁN, J. Daniel (2008). *Formación Semipresencial a Distancia. Curso de Monitor de Musicoterapia*. Vigo: undación Mayeuisis.
- BERGOLD, Leila Brito & ALVIM, Neide Aparecida Titonelli (2009). Visita musical como uma tecnologia leve de cuidado. *LILACS - Express*, vol. 3 n°18, pp. 532-541.
- BERTRAND, Yves (2001). *Teorias Contemporâneas da Educação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- BORGES, Maria José & CARDOSO, José Pedrosa (2008). *História da Música: Da Antiguidade ao Renascimento*., Lisboa: Sebenta Editora.
- BRUSCIA, Kenneth (1997). *Definiendo Musicoterapia*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- CAMINHA, Leandro Bechert; SILVIA, Maria Júlia Pães & LEÃO, Eliseth Ribeiro (2009). A influência de ritmos musicais sobre a percepção dos estados subjetivos de pacientes adultos em hemodiálise. *Revista de Escola de Enfermagem da USP*. vol. 43 n° 4, pp. 208-214.
- CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, vol. 31 n° 2, pp. 209-213.
- CARACOL, Alexandra (2007). *A Cura pela Música (e não só...)*. S. António de Cavaleiros. Edições Tanilunga.
- CARMELO, Luís (2002). *Músicas da Consciência: Entre as Neurociências e as Ciências do Sentido*. Mem Martins: Europa-América.
- CARTWRIGHT, Frederick & BIDDISS, Michael (2003). *As Doenças e a História*. Mira - Sintra: Publicações Europa América.
- CARVALHO, Sérgio (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção da Saúde. *Caderno de Saúde Pública*. vol. 20 n° 4, pp. 1088-1095.
- CENTENO, Sebastião & FARIA, Frazão (1964). Breve História da Medicina. *Revista Portuguesa de Educação Popular*. Lisboa.
- CHAGAS, Elmara Penido & TIBÚRCIO, Simone Presotti (2006). A Importância da Música Para o Portador de Paralisia Cerebral. *XII Simpósio Brasileiro de Musicoterapia*. Goiânia.
- CHAGAS, Marly & PEDRO, Rosa (2008). *Musicoterapia, Desafios entre a Modernidade e a Contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Manuad X.

- CORTE, Beltrina & NETO, Pedro Lodovici (2009). A musicoterapia na doença de Parkinson, *Ciência & Saúde Coletiva*. vol. 14 n° 6, pp. 2294-2304.
- COSTA, Maria De la Salette Veloso (1998). *Musicoterapia: Uma ciência em construção com um olhar sobre a teoria de Roland Benenzon*. Departamento de Expressões Artísticas e Educação Física. Universidade do Minho.
- CRUZ, António Oliveira (1991). *Autopoiesis*. Lisboa: Sentelmo.
- CRUZ REIS, Joaquim (2005). *O Que É A Saúde?*. Lisboa: Nova Veja.
- CURADO, Manuel (2007). *Luz Misteriosa A Consciência no Mundo Físico*. Vila Nova de Famalicão: Quasi Edições.
- CURY, Augusto (2004). *Treinando a Emoção para Ser Feliz*. Prior Velho: Paulinas.
- DALAI-LAMA & CUTLER, Howard (2008). *Um Guia Para a Vida*. Queluz de Baixo: Editorial Presença.
- DELABARY, Ana Maria (2006). A Música em uma Unidade de Terapia Intensiva. *12º Simpósio Brasileiro de Musicoterapia – VI Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia – II Encontro Nacional de Docência em Musicoterapia EMAC/UFÇ*. Goiânia, pp. 145-151.
- DE KETELE, Jean-Marie & ROEGIERS, Xavier (1993). *Metodologias da Recolha de Dados*. Lisboa: Instituto Piaget.
- DELORS, Jaques (1996). *Educação um tesouro a descobrir*. Porto: Asa.
- DEWEY, John (2005). *A Concepção Democrática da Educação*. Viseu: Pretexto Editora.
- DIAS, José Ribeiro (2009). *Educação o caminho da nova humanidade: das Coisas às Pessoas e aos Valores*. Porto: Papiro.
- DRURY, Nevill & WATSON, Andrew (1990). *Musicoterapia: Um Caminho Holístico para a Harmonia Interior*. São Paulo: Ground..
- DUCOURNEAU, Gérard (1984). *Introdução à Musicoterapia*. São Paulo: Manole Ltda.
- DULEBA, Danielle & NUNES, Talita Rodrigues (2006). «Quando eu Soltar a Minha Voz» Propostas para Ampliar um Olhar Musicoterápico. *Revista Brasileira de Musicoterapia*. n° 8, pp. 42-53.
- EÇA, Teresa Torres Pereira (2010). Educação Através da Arte para um Futuro Sustentável. *Arte na Educação: Pesquisas e Experiências em Diálogo*. CEDES. vol. 30 n° 80, pp. 13-25.
- EDWARDS, Susan (2004). *Fisioterapia Neurológica*. Loures: Lusociência.

Estatutos APPACDM (2000).

ESTRELA, Albano & NÓVOA, António (2003). *Avaliações em Educação: novas perspectivas*. Porto: Porto Editora.

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (2001). "Direito à Dignidade Humana e Código Deontológico em Medicina". *Série Cadernos da FML*.

FIORI, Nicole (2006). *As Neurociências Cognitivas*. Lisboa: Instituto Piaget.

FONSECA, Marian Serradas (2006). La música como medio de expresión del niño hospitalizado. *Educere*. vol. 10 n° 32, pp. 35-41.

FONSECA, Vitor da (2001). *Cognição e Aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.

FOUCAULT, Michael (2008). *Doença Mental e Psicologia*. Lisboa: Edições Texto Grafia.

FREIRE, Paulo (1976). *Pedagogia do Oprimido*. Porto: Afrontamento.

FREIRE, Paulo (1979). *Educação e Mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

FREIRE, Paulo (1997). *Pedagogia da Autonomia – Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.

FREGTMAN, Carlos Daniel (1989). *Corpo, Música e Terapia*. São Paulo: Cultrix.

GAL, Roger (1976). *História da Educação*. São Paulo: Martins Fontes.

GUAZINA, Laize & TITTONI, Jaqueline (2009). Musicoterapia institucional na saúde do trabalhador: conexões, interfaces e produções. *Psicologia e Sociedade*. vol. 21 n° 1, pp. 108-117.

GUERRA, Isabel Carvalho (2002). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção: O Planeamento em Ciências Sociais*. S. João do Estoril: Principia.

GUZMÁN, Beatriz Martin-Luengo (2010). Musicoterapia aplicada a los trastornos generalizados del desarrollo. *Educación y Futuro*. n° 23, pp. 63-80.

HATEM, Thamine; LIRA, Pedro & MATTOS, Sandra (2006). Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Jornal de Pediatria*. vol. 82 n° 3, pp. 186-192.

HEAL, Margaret & WIGRAM, Tony (1993). *Music Therapy in Health and Education*. London: Jessica Kingsley Publishers.

HAMEL, Niels (2006). Musicoterpia: A Escuta Terapêutica da Linguagem Musical. *Revista Brasileira de Musicoterapia*. UBAM. n° 8, pp. 66-77.



- KLEIN, Stefan (2007). *Simplesmente feliz: como as recentes descobertas da neurociência nos ajudam a encontrar a felicidade*. Porto: Edições ASA.
- LEÃO, Eliseth Ribeiro & SILVA, Maria Júlia Pães (2004). Música e dor crónica músculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. vol. 12 nº2, pp. 235-241.
- LECHEVALIER, Bernard (2008). *O Cérebro de Mozart*. Lisboa: Instituto Piaget.
- LEINIG, Clotilde Espinola (1977). *Tratado de Musicoterapia*. São Paulo: Sobral Editora.
- LEMONS, Maximino (1991). *História da Medicina em Portugal, Doutrinas e Instituições*. Lisboa: Dom Quixote.
- LEWIS, Alaric (2003). *A magia da música*. Lisboa: Paulinas.
- LUBET, Alex (2011). Disability rights, music and the case for inclusive education. *International Journal of Inclusive Education*. vol. 15 nº 1, pp. 405-426.
- MARC, Edmond & GARCIA-LOCQUENEUX, Jacqueline (1995). *Guia de métodos e práticas em formação*. Lisboa: Horizontes Pedagógicos.
- MARGOTTA, Roberto (1996). *History of Medicine*. London: Paul Lewis MB, MRCP, Institute of Neurology.
- MARIOTTI, Humberto (1999). *Autopoiesis, Cultura e Sociedade*. São Paulo: Palas Athena.
- MCFARLANE, Thomas (2002 ). *Einstein e Buda*. Cruz Quebrada: Estrela polar.
- MIALARET, Gaston & VIAL, Jean (1984). *História Mundial da Educação*. vol I. Porto: Rés editora.
- MORENO, Armando (1997). *O Mundo Fascinante da Medicina*. Lisboa: Printipo.
- MOREIRA, João Manuel (2009). *Questionários: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- MOURÃO, Marta Luisa (1996). *Musicoterapia, Aspectos Históricos, Situação em Portugal*. Braga: Universidade do Minho.
- MUNDY, Simon (1980). *História da Música*. Lisboa: Edições 70.
- NASCIMENTO, Eliane Faleiro de Freitas (2006). A Atuação do Musicoterapeuta na Educação Especial Experiência Clínica. *Revista Brasileira de Musicoterapia*. nº 8, pp. 72-83.
- OLIVEIRA, Clara Costa (1999). *A Educação como Processo Auto-Organizativo Fundamentos Teóricos para uma Educação Permanente e Comunitária*. Lisboa: Instituto Piaget.
- OLIVEIRA, Clara Costa (2004). *Auto-Organização, Educação e Saúde*. Coimbra: Ariadne editora.

- OLIVEIRA, Clara Costa; PAULO, João Carlos & ANTUNES, Maria da Conceição (2005). *Educação de Adultos & Intervenção Comunitária*. Braga: Universidade do Minho.
- OLIVEIRA, Clara Costa (2006a). A importância do sofrimento na educação para a saúde. *Pessoas e Sintomas*. vol. 15 nº1, pp. 39-47.
- OLIVEIRA, Clara Costa (2006b). *Uma perspectiva salutogénica das doenças crónicas – Educação para a saúde e Educação médica*. edito In Web.
- OLIVEIRA, Clara Costa (2007). Educação para a Saúde. *Dicionário de Filosofia da Educação*. Porto: Porto editora.
- OLIVEIRA, Clara Costa (2008a). A Medicina é uma Ciência? Uma interrogação filosófica. *Pessoas e Sintomas*. vol. 16 nº3, pp. 10-17.
- OLIVEIRA, Clara Costa (2008b). Educação: Pesquisa, Complexidade e Contemporaneidade. *Reflexão e Acção*. vol. 16 nº 2, pp. 19-37.
- OLIVEIRA, Ferraz (2001). A Medicina portuguesa por mares e continentes do imaginário ao sensível. *Actas da Reunião Internacional de História da Medicina*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- OMS (1978). Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata.
- OMS (1986). Carta de Ottawa. *Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde*. Ottawa.
- OMS (1988). Declaração de Adelaide. *Segunda Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde*. Adelaide.
- OMS (1991). Declaração de Sundsvall. *Terceira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde*. Sundsvall.
- OMS (1997). Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no século XXI. *Quarta Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde*. Jacarta.
- OMS (2000). Declaração do México. *Quinta Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde*. Cidade do México.
- OMS (2005). Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde em um mundo globalizado. *Sexta Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde*. Bangkok.
- OMS (2009). The Nairobi call to action for closing the implementation gap in health promotion. *Sétima Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde*. Adelaide. Nairobi.
- ONU (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Paris.

- ORTEGA, Francisco (2009). Neurociências, neurocultura e autoajuda cerebral. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. vol. 13 nº 31, pp. 19-37.
- PACHECO, José Augusto (2005). *Estudos Curriculares. Para a compreensão crítica da educação*. Porto: Porto Editora.
- PARKER, Steve (1990). *História da Medicina*. Lisboa: Editorial Estampa.
- PARKER, Steve (1995). *Medicina*. Lisboa: Editorial Verbo.
- PELLANDA, Nize (2003). *Conversações: Modelo Cibernético da Constituição do Conhecimento/Realidade*. Campinas. Disponível in <http://www.cedes.unicamp.br>.
- PEREIRA, Ana; PITA, João Rui & GONÇALVES, Ricardo (2001). Curar e Prevenir: Ciência, Técnica e Arte. O exemplo de Câmara Pestana. *Actas da Reunião Internacional de História da Medicina*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- PIAZZETTA, Clara & CRAVEIRO DE SÁ, Leomara (2006). Musicalidade Clínica em Musicoterapia: um estudo transdisciplinar sobre a constituição do musicoterapeuta como um ser musical – clínico. *II Encontro Nacional de Docência em Musicoterapia*. Goiânia.
- PINA, Esperança (2001). Anatomia e Arte na Antiguidade Egípcia. *Actas da Reunião Internacional de História da Medicina*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- QIVY, Raymond & CAMPENHOUDT, LucVan (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- RACHELS, James (2004). *Elementos da Filosofia Moral*. Lisboa: Gradiva.
- RÉVÉSZ, Geza (2001). *Introduction to the Psychology of Music*. New York: Dover Publications.
- RODRIGUES, David (1998). A Expressão no Contexto da Reeducação e da Terapia. *Textos de Musicoterapia*. Lisboa: Associação Portuguesa de Musicoterapia.
- RUUD, Even (1990). *Caminhos da Musicoterapia*. São Paulo: Summus.
- SACKS, Oliver (2008). *Musicofilia*. Lisboa: Relógio D' Água.
- SANTOS, Boaventura de Sousa (2007). *Um Discurso sobre as Ciências*. Porto: Edições Afrontamento.
- SANTOS, Celso Alberto (2007). *O município e as políticas de animação sócio-cultural: o Peso da Régua*. Tese de Mestrado: Universidade do Minho.
- SILVA, Ana Maria Costa (2003). *Formação, Percursos e Identidades*. Coimbra: Quarteto.
- SILVA J.; SOUSA M.; MERCADIÉ M.M.; AMARAL L.; RIBEIRO M.; MAIA L.; MCDONOUGH J.; HELLEREN S.; SEAL M.; FRANCO J.; GUBERNATIS H.; CARDOSO J.; BAPTISTA A.

- SANTOS N.; ALVES M.; MEERSSCHAERT L.; DELGADO E. & PINTO H. (2008). *Empowerment: Capacitar para Participar*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- SISSA, Giulia & DETIENNE, Marcel (1991). *Os Deuses da Grécia*. Lisboa: Editorial Presença.
- SOURNIA, Jean-Charles (1995). *História da Medicina*. Lisboa: Instituto Piaget.
- SOUSA, Alberto (2005). *Psicoterapias Activas (Arte-Terapias)*. Lisboa: Livros Horizonte.
- SOUSA, Armando Tavares (1981). *Curso de história da Medicina: Das origens aos fins do século XVI*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- SPITZER, Manfred (2002). *Aprendizagem Neurociências e a Escola da Vida*. Lisboa: Climepsi Editores.
- TELERS, Louise de Cunha (2001). Dos irmãos e irmãos Hospitais (Idade Média) à enfermagem moderna e científica (Séc. XIX e XX). *Actas da Reunião Internacional de História da Medicina*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- TESSER, Charles Dalcanale (2009). Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cadernos de Saúde Pública*. vol. 25 n° 8, pp. 1732-1742.
- TUBIANA, Maurice (1995). *História da Medicina e do Pensamento Médico*. Lisboa: Teorema.
- UNESCO (1976). *Recommendation On The Development of Adult Education*. Nairobi.
- VILAÇA, Teresa (2007). Dos Modelos de Educação para a Saúde Tradicionais aos Modelos de Capacitação: Abordagens Metodológicas da Educação Sexual em Portugal do 7º ao 12º anos de Escolaridade. *Actas do XX Congresso ENCIGA*. Sanxenxo.
- VILAÇA, Teresa (2007). *Ação e competência de ação em educação sexual: a investigação com professores e alunos do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário*. Tese de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho.
- VARELA, Francisco; THOMPSON, Evan & ROSCH, Eleanor (1991). *A Mente corpórea Ciência Cognitiva e Experiência Humana*. Lisboa: Instituto Piaget.
- VERDEAU-PAILLÉS, Jacqueline; LUBAN-PLOZZA, Boris & PONTI, Mario Delli (1995). *La "troisième Oreille" et la Pensée Musicale*. France: Editions J. M. Fuzeau.
- VOLPI, Sheila Beggiato (1996). A Formação do musicoterapeuta brasileiro. *Revista Brasileira de Musicoterapia*. n° 2, pp. 53-57.
- WATSON, Andrew & DRURY, Nevill (1987). *Musicoterapia: Um Caminho Histórico para a Harmonia Interior*. São Paulo: Ground.

WUYTACK, Jos (1992). Música y Educación. *Revista Trimestral de Pedagogia Musical*. vol. 3 n° 1, pp. 11-22.

WISNIK, Guilherme (2001). *Lúcio Costa*. São Paulo: Cosac Naify.

ZANINI, Cláudia Regina de Oliveira; JARDIM, Paulo César Brandão Veiga; SALGADO, Cláudia Maria; NUNES, Mariana Cbral; URZÊDA, Fabícia Lanusse; CARVALHO, Marta Valéria Catalayud; PEREIRA, Dalma Alves; JARDIM, Thiago de Souza Veiga & SOUZA, Weimar Kunz Sebba Barroso (2009). O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e na pressão arterial do paciente hipertenso. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. vol. 93 n° 5, pp. 534-540.

### SITES CONSULTADOS

[www.repositorium.sdum.uminho.pt](http://www.repositorium.sdum.uminho.pt)

[www.cpihts.com/PDF/EMPOWERMENT](http://www.cpihts.com/PDF/EMPOWERMENT)

## ANEXOS

## ANEXO I - QUESTIONÁRIO PARA MUSICOTERAPEUTAS

## INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO PARA MUSICOTERAPEUTAS

Eu, Ana Maria de Carvalho Gomes, estudante de pós-graduação do Mestrado em Educação para a Saúde (Universidade do Minho, Portugal), estou a efectuar a recolha de alguns dados, via correio electrónico, para a concretização da parte empírica da minha tese de mestrado sobre Musicoterapia e Educação para a Saúde.

Neste sentido, venho, por este meio, solicitar a sua valiosa colaboração, enquanto profissional de musicoterapia, para o preenchimento de um breve questionário tipo Likert, incluindo também algumas questões abertas, que visa permitir uma melhor compreensão do meu objecto de pesquisa.

No respeito pelos princípios éticos e metodológicos, os dados solicitados são absolutamente confidenciais.

Agradeço desde já toda a atenção e disponibilidades dispensadas.

Ana Gomes

(Mestranda da Universidade do Minho, Portugal)



### Dados de caracterização

Actividade profissional: \_\_\_\_\_

Instituição de formação: \_\_\_\_\_

Tipo(s) de formação graduada: \_\_\_\_\_

Formação especializada em musicoterapia? \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

Tempo de experiência profissional: \_\_\_\_\_

Instituição em que trabalha: \_\_\_\_\_

### I Parte

Assinale com um X a resposta que lhe pareça mais plausível, sendo que: 1-Concordo Totalmente; 2-Concordo; 3-Indeciso; 4-Discordo; 5-Discordo totalmente.

	1	2	3	4	5
Considero a musicoterapia uma mera actividade lúdica					
Utilizo a música apenas para audição (musicoterapia receptiva)					
Ser musicoterapeuta é o mesmo que ser educador(a) para a saúde					
Quando trato de pessoas incapazes de comunicar com os outros, noto que as sessões de musicoterapia induzem sempre atitudes positivas de interacção					
Com a musicoterapia os pacientes apresentam maior facilidade de aprendizagem					
Utilizo com frequência músicas que os clientes conhecem					
Frequentemente, permito que seja o paciente a tomar decisões acerca da aplicação terapêutica que pretende					
A musicoterapia pode ter efeitos nulos em alguns clientes					
Habitualmente utilizo a música como uma prática a ser efectuada pelos pacientes (musicoterapia activa)					
Depois das sessões de musicoterapia muitos pacientes sentem-se capacitados para agirem sozinhos na sua vida					
A musicoterapia é sempre, para cada pessoa, um reencontro consigo mesma					
Procuró, através da música, que as pessoas visualizem imagens mentais positivas					

Ser musicoterapeuta exige uma formação complexa					
Como musicoterapeuta, pretendo essencialmente que as emoções oprimidas sejam extravasadas					
O tratamento pela música promove apenas a saúde para a mente					
Ser musicoterapeuta é uma profissão emocionalmente desgastante					
Considero que a música, por ter acção curativa, é a arte que mais facilmente atinge a totalidade do ser humano					
A musicoterapia é uma técnica curativa como outra qualquer					
A musicoterapia também cura fisicamente					
Sinto-me realizado(a) como musicoterapeuta					
Cada cliente tem sempre uma identidade sonora					
Há uma história musical em cada paciente					
Cada grupo de pacientes identifica-se melhor com um determinado tipo de música					
A musicoterapia não é uma actividade lúdica					
Uma das vantagens da musicoterapia é promover a autonomia dos sujeitos					
Nunca percebi haver nenhuma desvantagem no uso da musicoterapia					

## II Parte

Em breves linhas procure responder às questões colocadas.

1. Quais as primeiras alterações que nota nos clientes depois da terapêutica musical?

---



---



---



---



---



---



---

---

---

2. Tem casos de cura concreta pela musicoterapia? Se sim, quantos? Gostaria de especificar algum caso?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Que tipo de música utiliza?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

4. Efectua a avaliação da prática da musicoterapia em cada cliente ou grupo de clientes? Se sim, de que forma e em que fase(s) do processo?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

5. Qual é, na sua opinião, a relação entre a prática da musicoterapia e a Educação para a Saúde enquanto processo educativo ao longo da vida?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## QUESTIONNAIRE FOR MUSIC THERAPISTS

I, Ana Maria Gomes de Carvalho, graduate student in the Masters in Health Education (University of Minho, Portugal), I am gathering some data, via email, in order to carry out the empirical part of my Master's thesis on Music Therapy and Health Education.

Therefore, I would like to ask for your important contribution as a professional of music therapy to fill in a brief Likert questionnaire. The questionnaire will be divided into two parts: one part closed and another with open questions, which are designed to enable a better understanding of my research subject.

Due to ethical principles and methodology all data that will be received by me will be absolutely confidential.

Thank you for your time and availability.

Ana Gomes

(Master Student at the University of Minho, Portugal)

### Characterization data

Professional occupation:\_\_\_\_\_

Training Institution \_\_\_\_\_

Type(s) of degree(s) specialized training in music therapy\_\_\_\_\_

Which?\_\_\_\_\_

Professional experience:\_\_\_\_\_

Where have you worked?\_\_\_\_\_

### Part I

Indicate with an X the answer that seems most plausible, as follows: 1- Totally agree, 2-Agree, 3- Undecided, 4-Disagree, 5-Strongly Disagree.

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

I believe music therapy is a mere recreational activity					
I use the music just for listening (receptive music therapy)					
Being a music therapist is like being a health educator					
When dealing with people unable to communicate with others, I noticed that the music therapy sessions always induce positive attitudes and interaction					
The patients with music therapy have a higher learning facility					
I often use music that patients understand because it is familiar to them					
Often, I agree that the patient makes decisions on the therapeutic treatment or application they want					
Music therapy can have null effects in some patients					
Usually I use music as a practice with the collaboration of my patients (active music therapy)					
After the music therapy sessions many patients feel empowered to act independently in their life					
Music therapy is always an individual meeting with themselves					
Through music I would like people to see positive mental images					
Being a music therapist requires multidisciplinary training					
As a music therapist, I want the patient to essentially let go of their suppressed emotions					
The music therapy treatment only promotes health for mind					
Being a music therapist is an emotionally draining profession					
I believe the music, as a cure, is the art which can easily reach all humans					
Music therapy is a healing technique like any other					
Music therapy also promotes physical healing					
I feel fulfilled as a music therapist					
Each patient/client has always a <i>sound identity</i>					

There is a musical history of each patient/client					
Each group of patients/clients identify themselves better with a certain type of music					
Biggest advantage of music therapy is to promote the individual's autonomy					
I have realized there is no disadvantage in the use of music therapy					

## Part II

Briefly answer the questions.

1. What are the main changes seen in your patients after music therapy?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Have you had any concrete cases of healing by music therapy?

If so, how many? Could you please specify?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

3. What kind of music do you normally use in work therapy?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

4. Do you assess the practice of music therapy according to a patient or a group? If so, how and at what phase of the therapeutic process?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

5. What is, in your opinion, the relationship between the practice of music therapy and health education?

---

---

---



---

---

---

---

---

---

Thank you for your time

## ANEXO II - QUESTIONÁRIO PARA SUJEITOS EM MUSICOTERAPIA

## INQUERÉRITO SOBRE MUSICOTERAPIA

Eu, Ana Maria de Carvalho Gomes, estudante do Mestrado em Educação para a Saúde (Universidade do Minho, Portugal), estou a efectuar a recolha de alguns dados para a concretização da parte empírica da minha tese de mestrado sobre Musicoterapia e Educação para a Saúde.

Neste sentido, venho, por este meio, solicitar a sua valiosa colaboração, para o preenchimento de um breve questionário que visa permitir uma melhor compreensão do meu objecto de pesquisa.

No respeito pelos princípios éticos e metodológicos, os dados solicitados são absolutamente confidenciais.

Agradeço desde já toda a atenção e disponibilidades dispensadas.

Ana Gomes  
(Mestranda da Universidade do Minho, Portugal)

### Dados de caracterização

Idade: \_\_\_\_\_ Há quanto tempo faz musicoterapia? \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Razão ou causa para frequentar a musicoterapia: \_\_\_\_\_

Por favor, assinale com um **X** a resposta que lhe pareça mais correcta:

**CT- Concorde Totalmente; C- Concorde; I- Indeciso; D- Discordo; DT- Discordo totalmente.**

	CT	C	I	D	DT
Após a musicoterapia senti melhoras gerais no meu estado de saúde					
Conheço pessoas que não melhoraram nada com a musicoterapia					
Faço sempre sessões de musicoterapia em grupo					
As sessões de musicoterapia aliviam o meu sofrimento					
A musicoterapia faz-me esquecer as coisas más da minha vida					
Comunicar melhor com os outros é um efeito bom da musicoterapia					
Quando estou nas sessões de musicoterapia sinto-me feliz					
A musicoterapia aumentou a minha capacidade de aprender					
Sinto prazer ao ouvir e/ou fazer música					
A musicoterapia é uma actividade recreativa, não curativa					
Antes da musicoterapia não gostava de música clássica					

Só gosto da musicoterapia quando escolho as actividades que faço					
Nas sessões de musicoterapia o tempo passa depressa demais					
Quando estou nas sessões de musicoterapia só me apetece chorar					
Tenho planos para o futuro que antes não tinha					
A musicoterapia não me alivia a dor corporal					
Nas sessões de musicoterapia esqueço-me do mundo lá fora					
Nunca recomendei a ninguém a musicoterapia					
Sinto que me conheço melhor desde que faço musicoterapia					
A minha família apoia a minha ida à musicoterapia					
As pessoas só acreditam em remédios receitados pelos médicos					
Acho a profissão de musicoterapeuta muito difícil					
Para mim a musicoterapia só serviu para me distrair					
O/A meu/minha musicoterapeuta parece-me muito bem preparado/preparada					

### ANEXO III - GUIÃO DA ENTREVISTA

1. Através da musicoterapia sente melhoras gerais no seu estado de saúde? Se sim, de que tipo?
2. As sessões de musicoterapia que prefere são individuais ou em grupo? Porquê? Para si, o que as distingue?
3. Considera que com a música foi aliviado o seu sofrimento? Se sim, em que medida?
4. Sente que através da terapia pela música desenvolveu capacidades de comunicação com os outros? Se sim, o que mudou na sua forma de comunicar?
5. Sente que a musicoterapia lhe trouxe um maior bem-estar e felicidade? Se sim, em que circunstâncias?
6. Por diversas vezes a utilização da música de forma terapêutica, em sua experiência, lhe desencadeou sentimentos que a/o levaram a chorar? Se sim, com que tipo de música?
7. Depois de começar com a musicoterapia passou a ter mais e melhores planos para o futuro?
8. Durante a terapia musical consegue abstrair-se do mundo, dos problemas e do factor tempo, de forma a nem dar pela passagem das horas?
9. Sente que se conhece melhor desde que tem a música como terapia? Se sim, em que aspectos?